Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 19. 6. maja 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. U. W. Dr. Zd. MICHALSKI. Warszawa.
Ordynator Szpit. Przemienienia Pańskiego.

Podstawy wakcynoterapii kwasoopornym prątkiem gruźliczym.

Odkrywca prątka gruźliczego Robert Koch skierował t. zw. swoistą terapię gruźlicy na tory unikania odczynu miejscowego w miejscu wstrzyknięcia. Tem samem wyeliminował z lecznictwa prątek kwasooporny, dający odczyn miejscowy przy dostatecznej dawce prątków, jako prawidło, a przy dawce większej nawet ropień, przechodzący sczasem w owrzodzenie gruźlicze.

Należy przypuszczać, że właśnie obawa przed ropniem podyktowała R. Kochowi ten kierunek jego prób terapeutycznych. Rzecz zdumiewająca, ale wyłączywszy próby leczenia prątkami gruźliczemi żywemi, wszyscy badacze następni dla celów lecznictwa opracowywali mniej lub bardziej złożone metody przygotowania szczepionek gruźliczych, zawsze jednak po pozbawieniu prątków gruźliczych ich swoistej cechy — kwasooporności. Rzecz tem bardziej zdumiewająca, iż przez liczne doświadczenia zostało dowiedzionem, iż tylko prątki kwasooporne są w stanie wywołać u zwierzęcia doświadczalnego pewną oporność na następowe zakażenie gruźlicze, a w każdym razie tylko pod wpływem wprowadzenia prątków kwasoopornych występuje wrażliwość na próby tuberkulinowe.

W rezultacie najprostsza myśl, która po odkryciu prątka gruźliczego powstać powinna w próbach leczniczych t. j. wprowadzanie pozajelitowo prątków kwasoopornych zabitych — nie została wykonana, a przynajmniej nie została opracowana w ten sposób, aby ten rodzaj leczenia uodparniającego uprzystępnić ogółowi.

Nie mogę w krótkim artykule streścić swych badań, prowadzonych początkowo nad zwierzętami laboratoryjnemi, a później i u ludzi w rozmaitych okresach gruźlicy od okresów agonalnych do t. zw. ludzi zdrowych, dających jednak dodatnie próby tuberkulinowe.

Doświadczenia te z pierwszego okresu trzymiesięcznego u ludzi ogłosiłem w roku ubiegłym w „Medycynie" [1]). Obecnie w drugim roku swych badań, gdy doświadczenie nasze obejmuje około 200 obserwacyj u ludzi, pozwolę sobie streścić tylko następujące 4 punkty z moich badań:

I. Sposób przygotowania szczepionki.
II. Oddziaływanie miejscowe na szczepionkę.
III. Oddziaływanie ogólne na wstrzykiwania szczepionki.
IV. Dotychczasowy schemat postępowania leczniczego, który, być może, w miarę rozwoju doświadczenia ulegać będzie pewnym zmianom.

I. *Sposób przygotowania szczepionki.*

W przygotowaniu szczepionki dążyłem do:

a) uzyskania *maximum* odczynu miejscowego skórnego przy wprowadzaniu stosunkowo najmniejszej ilości prątków gruźliczych. Wbrew bowiem staraniom Kocha odczynu skórnego w miejscu wprowadzenia szczepionki nietylko nie uważam za szkodliwy, ale przypisuję mu znaczenie lecznicze;

b) pozostawienia w prątku całkowitego jego antygenu (fosfolipinowego), a usunięcia natomiast tuberkuliny nietylko ze względu na wywoływane przez nią ciężkie objawy ogólne i ogniskowe (w miejscu schorzenia), ale i ze względów teoretycznych.

Dotychczas bowiem wszelkie próby leczenia lub uodparniania martwemi prątkami przez największe autorytety (naprz. R. Koch i Calmette) próbowano zwalać na towarzyszącą im tuberkulinę.

Mimo tych wymagań sposób przygotowania szczepionki jest bardzo prosty i składa się z dwóch zasadniczych etapów:

A) wyciąganie 6-ciotygodniowej kolonji zjadliwego szczepu gruźlicy ludzkiej w ciągu 5—7 dni w acetonie codziennie zmienianym, w temperaturze pokojowej. Cel tego: zabicie prątków, wymycie tuberkuliny, strącenie antygenu fosfolipinowego;

B) po wysuszeniu przygotowanie dwóch emulsyj macierzystych *Solutio I* (S_1) i *Solutio 2* (S_2) o koncentracji S_1 = 1 miligram suchych prątków w 1 cm³ olejku migdałowego i S_2 = 0,1 miligrama tychże prątków w 1 cm³ olejku migdałowego. Użycie olejku migdałkowego jako *vehiculum* uważam za bardzo ważne, gdyż

1) siła odczynu miejscowego w miejscu wstrzyknięcia niesłychanie wzrasta, co zostało potwierdzone przeze mnie doświadczalnie przez porównanie z wstrzykiwaniami zupełnie analogicznej zawiesiny prątków gruźliczych w roztworze wodno-glicerynowym;

2) stanowi przeszkodę w przechodzeniu do szczepionki tuberkuliny.

Zawiesina szczepionki w olejku migdałowym okazała się bardzo trwała i praktyczna i sądzę, że ta metoda winna być wyzyskana i dla przygotowania innych szczepionek, niegruźliczych.

Z roczynów macierzystych przygotowuje się według skali decymalnej następne rozcieńczenia: S_3, S_4, S_5, S_6, S_7, S_8 w ten sposób, iż 1 cm³ S_1 skłócony ze 100 cm³ olejku migdałowego daje 100 ampułek jednocentymetrowych S_3, z jednej ampułki S_2 przez rozcieńczenie 100-krotne otrzymujemy 100 ampułek S_4 i t. d. S_8, odpowiadające jednej dziesięciomiljonowej miligrama prątków (0,0000001 miligrama) jest ostatnią dawką, która wywoływała odczyny w miejscu wstrzyknięcia i to wyłącznie u osób, u których uprzednio wstrzykiwano silniejsze rozcieńczenia szczepionki.

II. *Oddziaływanie miejscowe na szczepionkę.*

a) 1 ampułka jednocentymetrowa S_1, wstrzyknięta zdrowej śwince morskiej, powoduje u niej typowy ropień gruźliczy, wchłaniający się po pewnym czasie.

b) U człowieka zdrowego 1 ampułka jednocentymetrowa S_4, a niekiedy nawet S_5, powoduje po upływie 12—36 godzin żywe zaczerwienienie i naciek, utrzymujący się jako stwardnienie przez szereg dni, niekiedy tygodni.

c) Siła i jakość odczynu miejscowego u człowieka chorego na gruźlicę zależy od jego sił odpornościowych. Na parę dni przed śmiercią naturalną wskutek gruźlicy płuc nawet S_1 może nie dać widocznego odczynu. Natomiast u przeciętnie ciężko chorego na gruźlicę S_1 i S_2 nawet przy pierwszem wstrzyknięciu powoduje ropień gruźliczy, przechodzący z biegiem czasu w typowe owrzodzenie gruźlicze. U lżej chorych nawet S_3 i wyjątkowo S_4 mogą wywołać ropień. Niższe rozcieńczenia S_5, S_6, S_7 i S_8 w żadnym przypadku ropnia nie wywołały.

d) Następne wstrzyknięcie szczepionki z reguły powoduje żywszy odczyn, niż uprzednie. Jest to więc jedyna szczepionka, gdzie odczyny poszczepienne wzrastają, a nie maleją, zmuszając tem samem do stosowania coraz mniejszych dawek. O ile szczepienia będą powtarzane często t. j. bezpośrednio po ustąpieniu odczynu po ostatniem wstrzyknięciu, odczyny występują od coraz większych rozcieńczeń, nawet od S_7 i S_8, t. j. dawek, które wstrzyknięte po raz pierwszy nigdy odczynu w miejscu wstrzyknięcia u człowieka ani zdrowego, ani chorego na gruźlicę nie powodują.

Stosując szczepionkę dalej przekonaliśmy się, iż przy częstem stosowaniu odczyny przechodzą rozwój odwrotny, t. j. chory po pewnym czasie przestaje reagować miejscowo na S_8, S_7, S_6 i t. d., dając dopiero odczyny np. na S_3. Jeżeli u takiego chorego przerwiemy wstrzykiwania szczepionki, np. na miesiąc, odczyny skórne ponownie zaczynają narastać.

O ile wstrzykiwania szczepionki są prowadzone w dużych odstępach czasu (14 do 30 dni) i po całkowitem wygaśnięciu uprzednich odczynów skórnych, narastanie i zmniejszanie się odczynów nie występuje wyraźniej.

III. *Oddziaływanie ogólne na wstrzykiwania szczepionki u chorych na gruźlicę.*

Odróżniać należy wpływ dawek różnych dla poszczególnych chorych gruźliczych zależnie od zdolności oddziaływania ich skóry w miejscu wstrzyknięcia na wprowadzoną szczepionkę.

Nie wchodząc w szczegóły, omawiane gdzieindziej, uważam w zasadzie za nienadającego się do leczenia naszą szczepionką

---

[1]) Nr. 8, r. 1933.

chorego, niedającego miejscowej reakcji na wstrzyknięcie jednej ampułki S_3.

Zależnie od reakcyj ogólnych udało nam się dotychczas podzielić wpływ wprowadzonej szczepionki na 3 grupy.

A. Wpływ dawek najmniejszych (przyczem dla ciężko chorych może to być S_4 i nawet S_3 — dla lżej S_6 — S_8), które nie powodują odczynu miejscowego w miejscu wstrzyknięcia ani przy pierwszem ani przy następnych wstrzykiwaniach. U tych chorych nie zauważono żadnego wpływu ani doraźnego, ani oddalonego. Tych spostrzeżeń ze zrozumiałych względów mamy niewiele.

B. Wpływ dawek średnich i stopniowo zmniejszanych, względnie przy większych odstępach (od 14 dni), utrzymywanych w jednej sile (przeważnie S_4, S_5 i S_6), dających miejscowe zaczerwienienie i naciek, jednak ustępujące bez wyraźniejszych śladów. W wyjątkowych przypadkach (nieprzekraczających 5%) stwierdza się bezpośrednio (1—2 dni po wstrzyknięciu) zwyżkę gorączki i obcstrzenie fizykalnych zmian w płucach.

W ogromnej większości przypadków poza objawami w miejscu wstrzyknięcia żadnego doraźnego wpływu na chorego nie stwierdza się.

Natomiast przy stosowaniu stałem szczepionki stwierdzamy w większości przypadków poprawę stanu ogólnego chorych. Poprawa ta występuje różnie u różnych chorych: najpospoliciej odbija się na wzroście wagi, następnie na poprawie objawu opadania krwinek, obrazie krwi, zmianach fizykalnych, wreszcie na poziomie krzywej gorączkowej.

Te spostrzeżenia (dawki średnie) dotyczą ogromnej większości naszych badań.

C. Wpływ dawek dużych (S_1 i S_2) powodujących przy pierwszem wstrzyknięciu ropień, przechodzący po pewnym czasie w owrzodzenie gruźlicze.

Obserwacje te dotyczą naszych pierwszych spostrzeżeń nad szczepionką w okresie stosowania jej u najciężej chorych i obejmują zaledwie parę przypadków. W zasadzie przebieg był zgoła odmienny. Już na drugi dzień w miejscu wstrzyknięcia powstaje zaczerwienienie i bolesność, narastające do 3-go, 4-go dnia, co jednak nie powoduje w zasadzie wzmożenia gorączki u chorego. Odwrotnie, gdy miejscowy naciek przestaje wzrastać (3-ci, 4-ty dzień), gorączka ulega wyraźnemu i, w szczęśliwych przypadkach, długotrwałemu obniżeniu. Jednocześnie mniejwięcej równolegle do krzywej gorączkowej obniża się poziom krzywej tętna. W ten sposób dawka szczepionki, powodująca ropień, powoduje i doraźne działanie antytoksyczne.

Nie zrzekając się na przyszłość badań nad temi wielkiemi dawkami u ciężej chorych, zajęci opracowaniem schematu postępowania dla dawek mniejszych, więcej spostrzeżeń w tym kierunku nie zbieraliśmy.

IV. *Dotychczasowy schemat postępowania leczniczego.*

Nie przedstawiamy narazie wyników klinicznych, nietylko ze względu na szczupłość ram zakreślonego artykułu, ale i dlatego, że obecne nasze badania miały raczej na celu opracowanie schematu postępowania przy wprowadzaniu szczepionki w dawkach powodujących odczyny miejscowe czasowe t. j. bez tworzenia ropni.

Ogromna większość średnio ciężkich i lżejszych przypadków gruźlicy może być w ten sposób leczona.

Pierwszą dawką dla nich według naszego obecnego doświadczenia winna być S_4, względnie S_5 (jedna tysięczna, względnie jedna dziesięciotysięczna miligrama prątków gruźliczych).

Odstępy pomiędzy poszczególnemi wstrzykiwaniami winny być nie krótsze, niż 14 dni, w razie zaś utrzymywania się nacieku po uprzedniem wstrzyknięciu przedłużane do miesiąca.

W razie zbyt wielkiego odczynu, grożącego wytworzeniem się ropnia następną dawkę należy zmniejszyć, zawsze jednak z tendencją utrzymania możliwie największego indywidualnego dla danego chorego odczynu.

Szczepionkę należy wstrzykiwać zawsze w dawce całej ampułki, płytko podskórnie (nie wśródskórnie). Odczyn, dający dobre rokowanie dla danej metody, winien być żywo czerwony, rozlany. Odczyny blade i guzkowe nie dają żadnych wyników leczniczych.

Zrozumiałem jest, że leczenie proponowane przez nas, idące w kierunku wzmagania odporności swoistej osobniczej musi, nawet dla najlżejszych przypadków, trwać bardzo długo. Leczenie to możliwe jest jednak w zupełności do zastosowania ambulatoryjnego, po zaznajomieniu się przez lekarza z charakterem odczynów na materjale szpitalnym.

Podstawą leczenia jest odczyn miejscowy w miejscu wstrzyknięcia, dostępny dla spostrzegania i kontroli.

Odczyn ten, odrzucony przy pierwszych próbach swoistej terapji przez Roberta K o c h a, i dotychczas nie jest dostatecznie doceniany zarówno przez tych, którzy pracują nad swoistem leczeniem, jak i uodparnianiem przeciw gruźlicy.

Dr. Tadeusz GRZYBOWSKI. Warszawa.

O wartości prognostycznej odczynów miejscowych przy stosowaniu szczepionki Zd. Michalskiego w gruźlicy płuc.

Z 2-go Oddziału Wewnętrznego Szpitala Przemienienia Pańskiego w Warszawie.
Ordynator: Doc. dr. Zdz. M i c h a l s k i.

Przed czterema laty Zd. M i c h a l s k i w doświadczeniu nad świnkami morskiemi starał się potwierdzić dawno wysuwane hipotezy (M a r f a n, H a y e c k), że ognisko gruźlicze obwodowe w okresie swego istnienia wpływa hamująco na rozwój gruźlicy wewnętrznej.

Wyniki tych badań były ogłoszone drukiem i wtedy po raz pierwszy opracowana była szczepionka z martwych prątków gruźliczych, pozbawionych wprawdzie tuberkuliny, jednak z pozostawieniem w niej ciał antygenowych i kwasooporności. Sposób przygotowania szczepionki szedł po linji wywołania *maximum* odczynu miejscowego, przy *minimum* reakcji ogólnej.

Stąd celowe zachowanie kwasooporności i celowe usunięcie tuberkuliny, gdyż tylko prątki kwasooporne w odpowiedniej zawiesinie dają swoiste odczyny miejscowe, podczas gdy tuberkulina, wytwór egzogeniczny prątków, przy słabym odczynie miejscowym daje burzliwe odczyny ogólne.

Szczegóły przygotowania szczepionki, jak również wyniki z pierwszych prób leczenia ludzi znajdzie czytelnik w niżej przytoczonych pracach.

Ze względu na to, że do tej pory nie mamy dostatecznie pewnych dodatkowych badań, na podstawie których moglibyśmy dokładnie rokować, w pracy niniejszej mam zamiar ograniczyć się tylko do przedstawienia wartości prognostycznych odczynów poszczepionkowych.

Rokowanie w gruźlicy płuc tylko na podstawie badań fizykalnych oraz wywiadów u chorych leżących na sali gruźliczej wypada często gorzej, niż jest w rzeczywistości.

Obecnie stosowane metody pomocnicze w rokowaniu, jak opadanie krwinek, limfocytoza, mają niewątpliwie pewne znaczenie prognostyczne, lecz całkowicie na nich nie można się opierać ze względu na ich rozpiętość i zmienność w zależności od różnych bodźców fizjologicznych.

Że tak jest, niech posłużą za dowód niżej przytoczone tablice.

Opadanie krwinek metodą W e s t e r g r e n a po 1 godzinie.

Stan chorych wypisanych	opad poniżej 50 mm	opad poniżej 100 mm	opad powyżej 100 mm	Liczba chorych
zmarli	9	16	5	30
pogorszenie	2	3	1	6
bez zmian	9	7	9	25
poprawa	21	17	4	42

% limfocytów w rozmazie krwi

Stan chorych wypisanych	1—10%	10—20%	20—25%	powyżej 25%	Liczba chorych
zmarli	3	13	5	4	25
pogorszenie	1	2	2	1	6
bez zmian	1	6	9	4	20
poprawa	1	13	7	17	38

Rozpatrując tablicę z opadaniem krwinek widzimy, że niema zupełnie wyraźnej granicy w opadaniu, na podstawie której moglibyśmy rokować źle lub dobrze, chociaż pewien stosunek szybkości opadania krwinek do stanu zdrowia chorego zaznacza się.

Również taki sam stosunek zaznacza się w ilości limfocytów we krwi.

Coprawda badania moje były przeprowadzane na zbyt małej liczbie, więc trudno byłoby opierać się bezwzględnie na wyżej przytoczonych danych, jednak liczby te pozwalają nam na wyciągnięcie pewnych wniosków, a przytaczam je jedynie dlatego, że opadanie krwinek i limfocytozę użyliśmy do kontroli w rokowaniu zapomocą szczepionki Zdz. M i c h a l s k i e g o.

Czynnikiem, na podstawie którego rokujemy, jest reakcja miejscowa ustroju na wprowadzenie podskórnie jednej ampułki jednego z ośmiu rozcieńczeń szczepionki, co objawia się w ten sposób, że w miejscu wstrzyknięcia powstaje zaczerwienienie i naciek.

W zależności od rozmiarów zaczerwienienia i nacieczenia rozróżniamy nasilenia odczynów: słaby, dość silny, silny i bardzo silny.

Odczyny z reguły odczytujemy po 24 godzinach i znaczymy je krzyżykami.

Za słaby odczyn (+) uważamy przekrwienie, niedochodzące do wielkości pięciozłotówki, utrzymujące się przynajmniej przez 48 godzin.

Przekrwienie dosięgające wielkości dłoni dziecka, czemu zwykle towarzyszy mniejszy lub większy naciek, utrzymujący się kilka dni, uważamy za odczyn dość silny (++).

Silne odczyny przedstawiają się (+++) w postaci przekrwienia dosięgającego wielkości dłoni dorosłego, które rozciąga się niekiedy na całe przedramię lub udo, oraz dużego nacieku, dochodzącego do wielkości dziesięciozłotówki i trwającego od 2 do 3 tygodni.

Wytworzenie się ropnia w miejscu wstrzyknięcia szczepionki uważamy za odczyn bardzo silny (++++).

Ropnie utrzymują się od kilku do kilkunastu tygodni i mogą być wywołane tylko mniejszemi rozcieńczeniami S_1, S_2, S_3 i S_4. S_4 wywołuje ropień tylko u bardzo wrażliwych osób z wielkim zasobem sił odpornościowych.

Przy odczytywaniu odczynów należy uwzględnić wrażliwość skóry na sam olejek migdałowy.

Chorzy, niereagujący na olejek kamforowy, nie reagują również na olejek migdałowy.

Na 106 chorych tylko w jednym przypadku zauważyłem wrażliwość na olejek kamforowy, a tem samem i olejek migdałowy, w postaci rozległego zaczerwienienia, utrzymującego się do 48 godzin. W podobnych przypadkach trzeba odczytywać odczyny po 48 godzinach, a jeszcze lepiej wstrzyknąć w drugie udo, jako kontrolę olejek kamforowy i, w zależności od odczynu po olejku kamforowym, zaznaczyć odpowiednie nasilenie odczynu po szczepionce.

Oprócz wyżej opisanych odczynów można się spotkać jeszcze z jednym objawem w miejscu wstrzyknięcia szczepionki, a mianowicie z guzkiem niezbyt twardym wielkości fasoli, któremu nie towarzyszy zaczerwienienie i który może utrzymywać się, nie zmieniając swej wielkości, aż do śmierci chorego.

Takie guzki spotykamy przeważnie u chorych ze złem rokowaniem i trzeba je odróżnić od guzków, powstających po silnych odczynach z zaczerwienieniem.

Żeby móc rokować zapomocą szczepionki, musimy uwzględnić dwa czynniki: rozczyn szczepionki oraz stopień odczynu miejscowego.

Najlepsze rokowanie jest w tych przypadkach, w których ustrój reaguje silnie na największe rozcieńczenia S_5, S_6, S_7 i S_8.

Stosunkowo dobrze można rokować tam, gdzie po S_4 otrzymujemy odczyny silne i dość silne.

U chorych, którzy reagują tylko na S_3, rokowanie jest zależne od stopnia odczynu.

Bardzo silny i silny odczyn po S_3 wskazuje na duży zasób sił odpornościowych. W tych przypadkach można uzyskać poprawę.

Dość silne i słabe odczyny po S_3 świadczą o małej odporności ustroju i rokowanie w tych przypadkach jest złe.

Brak reakcji na S_3 jest dowodem całkowitego wyczerpania sił obronnych ustroju. Rokowanie w tych przypadkach jest bezwzględnie złe.

W przypadkach ujemnego odczynu po któremś z rozcieńczeń należy jednak w kilka dni powtórzyć tę samą dawkę tego samego rozcieńczenia, by przekonać się, czy za powtórnym razem ustrój nie zareaguje na szczepionkę.

W jednym z przypadków z małemi zmianami w płucach ani za pierwszym, ani też za drugim razem wprowadzenie podskórne 1 cm³ S_4 nie dało odczynu miejscowego. Dopiero za trzecim razem w miejscu ostatniego i poprzednich wstrzyknięć szczepionki powstały silne odczyny. Dzieje się to wtedy, gdy siły obronne ustroju drzemią, a pierwsza dawka jest uczulaczem, wywołującym przewrażliwość tkanek na powtórne wprowadzenie bodźca.

Brak reakcji na powtórne wprowadzenie S_3 w większości przypadków daje w krótkim czasie zejście śmiertelne.

Bezwzględnie złe rokowanie, w 100% dające zejście śmiertelne, stwierdzaliśmy u tych chorych, którzy nie zareagują na S_1 i S_2.

Na 105 chorych, leczonych szczepionką, zmarło 30, wypisano z pogorszeniem 6, bez zmian — 26, z poprawą — 34.

Na 30 chorych zmarłych 8 chorych nie zareagowało na S_1, z tych 3 zmarło po 2 tyg., 3 zmarło po 1 mies., 2 zmarło po 3 mies.

Na S_2 nie zareagowało 6 chorych, z tych 1 zmarł po 8 dniach, 2 zmarło po 1 mies., 1 zmarł po 2 mies., 1 zmarł po 3 mies., 1 zmarł po 4 mies.

Na S_3 nie zareagowało 13 chorych, z tych 1 zmarł po 10 dniach, 1 zmarł po 2 tyg., 2 zmarło po 1 mies., 2 zmarło po 1½ mies., 2 zmarło po 3 mies., 4 zmarło po 4 mies., 1 zmarł po 5 mies.

Na S_3 słabo zareagowało dwóch chorych, z tych jeden zmarł po 3, a drugi po 4 miesiącach. U obydwu chorych, oprócz sprawy w płucach, był proces swoisty w krtani i jelitach.

Na sześciu chorych wypisanych z pogorszeniem, pięciu reagowało słabo na S_3 i jeden na S_4. Jaki był dalszy los tych chorych — nie wiem, w każdymbądź razie z oddziału zostali wypisali ze złem rokowaniem.

Chorzy wypisani z oddziału bez zmian przeważnie reagowali słabo (+) lub dość silnie (++) na S_3 i słabo (+) na S_4.

Na 26 chorych 16 reagowało na S_3.
10 reagowało na S_4.

W tej grupie u 10 chorych stwierdzono poprawę w opadaniu krwinek. W 8 przypadkach przyrost na wadze, w jednym przypadku poprawę w procentowości limfocytów z 26% na 37%. Żaden z chorych wypisanych bez zmiany nie zareagował na S_5 i większe rozcieńczenia.

Z liczby 34 chorych wypisanych z poprawą:

3	chorych	reagowało	silnie	na S_3
13	"	"	silnie lub dość silnie	na S_4
17	"	"	silnie lub dość silnie	na S_5
4	"	"	dość silnie	na S_6
1	"	"	" "	na S_7
5	"	"	" "	na S_8

W tej grupie u 24 chorych stwierdzono poprawę w opadaniu krwinek, w 31 przypadkach przyrost na wadze i w 13 przypadkach zwiększenie procentowości limfocytów.

Reasumując powyższe możemy wyciągnąć następujące wnioski:

1. Miejscowy odczyn po wstrzyknięciu szczepionki Zd. Michalskiego jest wykładnikiem, na podstawie którego możemy wyciągnąć wnioski o stanie oporności chorego na gruźlicę płuc.

2. Odczyn na wstrzyknięcie jednej ampułki S_3 jest probierzem, na podstawie którego ustalamy złe lub dobre rokowanie.

Piśmiennictwo dotyczące szczepionki Zd. Michalskiego:

1) Zd. Michalski: Medycyna. Nr. 17. 1930. — 2) Tenże: Medycyna. Nr. 8. 1933. — 3) Tenże: Paris Médical. Nr. 37. 1933. — 4) M. Grycewicz i F. Dłutek: Medycyna. Nr. 24. 1933. — 5) A. Krystof: Nowiny Lekarskie r. b. (w druku). — 6) Protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z dnia 9 maja 1933 r. i z dnia 27 lutego 1934 r.

Dr. Adam MAZANOWSKI. Kraków.

Czerwony obraz krwi w przypadkach nowotworowych i innych.

Z Oddz. Chorób Wewn. I B Państwowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.
Ordynator: Doc. Dr. Oszacki Aleksander.

Celem niniejszych badań było porównanie czerwonego obrazu krwi w sprawach nowotworowych z jednej strony, a patologicznych nienowotworowych lub też normalnych z drugiej.

Badania polegały na oznaczaniu ilości krwinek czerwonych, oznaczeniu % Hb, wskaźnika barwnego, stosunku objętości krwinek do osocza, wskaźnika objętościowego, czasu opadania, oporności krwinek, oraz obrazu drobnowidowego krwinek czerwonych. Badania te były przeprowadzane w związku z badaniami Ordynatora oddziału nad alkalozą krwi w przypadkach nowotworowych.

Materjał pobierano u chorych naczczo z krwi żylnej na hirudynę, stosując zawsze te same metody badania. Materjał do poszczególnych badań pobierano po dokładnem wymieszaniu krwi. Do obliczania ilości krwinek posługiwano się mieszalnikami Pappenheima i komorą Bürkera. Do oznaczania procentu hemoglobiny hemometrem pryzmatycznym Helligego sprawdzanym i porównywanym wielokrotnie w ciągu badań zapomocą kolorymetru Helligego. Objętość krwinek w stosunku do osocza (V) oznaczano hematokrytem według Dra Köppego, opadanie przyrządem Westergrena z cytrynianem sodu 3,75%, odczytując po 1, 2 i 24 godzinach, przyczem uwzględniano średnią wartość według schematu: a (wartość odczytana w mm po 1 godzinie) + ½ b (wartość odczytana w mm po 2 godzinach) dzielone przez 2. Wreszcie oporność na anizotoniczne rozczyny oznaczano według Vaqueza-Ribiere'a, przyczem w przypadkach z żółtaczkami oporność oznaczano na krwinkach prze-

mywanych kilkakrotnie fizjologicznym rozczynem soli. Powód, dla którego badania przeprowadzano właśnie na krwi żylnej a nie włosowatej, był ten, że w tej samej krwi przeprowadzano równocześnie szereg innych badań, pomiędzy innemi pomiary elektrometryczne i oznaczanie katjonów, do czego konieczne było ścisłe określenie stosunku ciałek czerwonych do osocza i objętości ciałek [1]).

W ten sposób przeprowadzono przeszło 150 badań, z czego na nowotwory przypada 1 : 3, reszta na choroby krwi, narządów krążenia, oddechania, trawienia, i inne. Z otrzymanych wyników badań wypośrodkowano liczby przeciętne, wahania maksymalne i minimalne, oraz przedstawiono graficznie stanowisko większości przypadków w poszczególnych grupach spraw nowotworowych i innych [2]). Oprócz tego starano się określić zależność stwierdzonych zmian w czerwonym obrazie krwi od rozprzestrzenienia się i czasu trwania nowotworu.

Czerwonym obrazem krwi w przebiegu nowotworów złośliwych zajmowano się oddawna i wielokrotnie. Większość dawnych autorów ograniczała się do badania ilości krwinek czerwonych, % Hb oraz oznaczania wskaźnika barwnego, posługując się zwyczajnemi metodami badań i krwią włosowatą. Badania miały na celu stwierdzenie stopnia t. zw. niedokrwistości wtórnej w przypadkach nowotworów złośliwych, które to pojęcie dodziśdnia powszechnie utrzymuje się, mimo istotnie bardzo sprzecznych wyników badań.

C a b o t na 72 przypadków raka żołądka w 34 przypadkach otrzymał cyfry powyżej 4 milj. c. czerw. a w 19 przypadkach powyżej 5 milj. H a y e m, v. N o o r d e n, N a e g e l i otrzymali w pojedyńczych przypadkach niskie wartości w c. czerw., Hb i wskaźniku. O s t e r p e y w szeregu przypadków raka żołądka stwierdził zwiększenie sie ilości ciałek czerwonych. v. N o o r d e n w przypadkach raka przełyku znajdował wysokie wartości c. czerwonych oraz Hb. Zdaniem Naegelego, nawet w klinicznie wybitnie wyrażonem schorzeniu nowotworowem można zazwyczaj stwierdzić tylko średniego stopnia niedokrwistość, a dopiero w okresach końcowych występuje wyraźny obraz wtórnej niedokrwistości, do wielkich natomiast rzadkości należą pojedyńcze przypadki opisywane przez szereg autorów jak C l e r c'a, E n g l a, B e c k e r a, H a y e m a, C a b o t'a i innych, w których ilość c. czerw. była powyżej 1 miljona i odpowiednio niskie wartości Hb. K r o k i e w i c z w przypadkach raka żołądka stwierdził liczby graniczne dla czerwonych c. krwi: najniższą 1,856.000 przy 28% Hb, najwyższą 6,360.000 przy 90% Hb, a w większości przypadków 2–3 miljonów c. czerw. i 30—50% Hb (17 przyp. obs.). Uzyskane wysokie wartości krwinek czerwonych i Hb tłumaczy autor zagęszczeniem krwi na skutek uporczywych wymiotów, dzięki zadrażnieniu otrzewnej przerzutami stwierdzonemi sekcyjnie.

Zdaniem K r o k i e w i c z a rozpad cz. c. krwi częstokroć nie odpowiada w przebiegu raka stopniowi charłactwa, oraz zmianom anatomicznym. Wysokie względnie liczby krwinek czerwonych i wysoka ilość Hb stale utrzymujące się w przebiegu raka żołądka pomimo końcowego okresu życia chorych, przemawiają zdaniem jego za sprawą wtórorzedną na otrzewnej.

Większość autorów przyjmuje istnienie niedokrwistości wtórnej w przebiegu nowotworów, tłumacząc ostatnią wpływami toksycznemi, krwawieniami, zakażeniami wtórnemi oraz zaburzeniami erytropoezy na skutek przerzutów do szpiku. Należałoby jednak rozpatrywać oddzielnie przypadki nowotworów złośliwych z krwawieniami i upośledzeniem czynności trawienia, jak to np. się zdarza w przypadkach nowotworów przewodu pokarmowego, a w szczególności żołądka (anemiczne postacie *Ca ventriculi* H a y e m a) od wszystkich innych przypadków, w których pozostałyby li tylko czynniki toksyczne. Jest bowiem rzeczą zupełnie jasną i pewną, że w pierwszej grupie w ogromnej większości przypadków mamy do czynienia z t. zw. wtórną niedokrwistością. Jeżeli jednakowoż weźmiemy pod uwagę ogólny ciężki stan chorych z nowotworami złośliwemi przewodu pokarmowego, ustawiczne krwawienia, znaczne zaburzenia trawienia przy braku łaknienia, to musimy przyjść do wniosku, że stopień tej wtórnej niedokrwistości jest proporcjonalnie znikomy w stosunku do stanu schorzenia.

Nasze obserwacje czerwonego obrazu krwi w przypadkach nowotworowych przeprowadzano na materjale szpitalnym, skutkiem czego ogromną ich większość stanowili chorzy z daleko posuniętemi sprawami nowotworowemi, zazwyczaj już klinicznie dającemi się wykazać przerzutami i dużem wyniszczeniem.

Spośród 50 przypadków, 33 chorych wykazywało charłactwo znacznego stopnia, u reszty, którą stanowiły przeważnie chore z rakami macicy, przydatków i skóry, wyniszczenia albo nie było albo było tylko nieznaczne. Należy zgóry zaznaczyć, że żaden z badanych przypadków nowotworowych nie gorączkował w czasie obserwacji. *Czas trwania nowotworu wedle uzyskiwanych wywiadów i stwierdzonych przerzutów oraz wyniszczenia, okazał sie bez wybitniejszego wpływu tak na ilość krwinek czerwonych, jakoteż na zawartość Hb, wskaźnik barwny, objętość i oporność;* natomiast opadanie krwinek w przypadkach z przerzutami, a zatem dłużej trwających, było bardziej przyśpieszone aniżeli w przypadkach wczesnych, aczkolwiek muszę wyraźnie zaznaczyć, *że nawet w bardzo wczesnych sprawach nowotworowych znaleziono opadanie wybitnie przyśpieszone.*

M o r a w i t z i S c h a t z k i uważają przyśpieszenie opadania krwinek czerwonych za jeden z ważniejszych objawów diagnostycznych istniejącego raka, twierdząc, że prawidłowy czas opadania przemawia przeciw sprawie nowotworowej.

Uzyskane cyfry graniczne u chorych na raka, dotyczące liczby czerwonych ciałek krwi, wynosiły: najniższa 2,540.000, najwyższa 6,650.000, przy średniej 4,280.000. Liczby te przemawiają obok dość znacznej rozpiętości granic co do ilości krwinek, *za względną poliglobulją* w przypadkach nowotworowych, nawet bowiem w najdalej posuniętych przypadkach z wyniszczeniem i przerzutami, uzyskano liczby ponad 5 miljonów w *15 przypadkach na 50 (31%), a zatem poliglobulję bezwzględną stwierdzono w 31% przypadków.* Podobne wyniki uzyskano w procentowej ilości Hb. Liczby graniczne: najniższa 30%, najwyższa 118%, przy średniej 75%; przy wskaźniku barwnym od 0,46 do 1,17 i średniej 0,82. Biorąc pod uwagę ciężkość sdhorzenia, charłactwo i w większości przypadków sprawy daleko posunięte, nie stwierdzono ani wybitnego spadku ilości barwika krwi, ani też wskaźnika barwnego, w największej bowiem liczbie przypadków znaleziono 80% Hb (u 16 chorych) oraz wskaźnik 0,8 do 0,9 (u 36 chorych).

Co się tyczy objętości krwinek, to wynosiła ona przeciętnie 39% obj. całej krwi przy cyfrach granicznych od 19 do 51%, a w największej liczbie przypadków 40 (13 przypadków), przyczem objętości poszczególnych krwinek wynosiły przeciętnie 0.87 (wahania graniczne od 0.53 do 1.09), a w największej ilości przypadków 0.90 (13 przypadków). Stwierdzono zatem wyraźne zmniejszenie się objętości krwinek czerwonych (v małe), przy względnie dość znacznej objętości morfotycznych składników krwi (V duże), co zresztą stałoby w zgodzie z widoczną względną poliglobulją. To zmniejszenie się objętości pojedyńczych krwinek w przypadkach raka wyraźniej jeszcze występuje przy porównaniu z przypadkami nienowotworowemi. I tak w przypadkach chorób krwi znaleziono średnio objętość 0.93, w przypadkach chorób serca 0.95, w przypadkach chorób płuc 0.90, w przypadkach chorób narządów trawienia 0.93, w chorobach nerek oraz innych 0.92 (łącznie 100 spostrzeżeń).

Na objaw ten, mianowicie, że w schorzeniu nowotworowem ciałka czerwone wykazują zmniejszoną objętość, zwrócił uwagę A. O s z a c k i w cytowanej powyżej pracy. Oprócz znaczenia diagnostycznego, ma ta sprawa jeszcze znaczenie patogeniczne, albowiem zjawisko zmniejszonej objętości ciałek czerwonych może być wyrazem dążności ustroju do zwiększenia powierzchni ciałek czerwonych, a tem samem do wyrównania zaburzeń w pobieraniu tlenu przez tkanki, czy też oddawania tlenu tkankom przez krew, jakie są, według Oszackiego, charakterystyczne dla podłoża nowotworowego.

Objaw B i e r n a c k i e g o wypadł u chorych na raka silnie dodatnio w znacznej większości przypadków. Zaledwie w pięciu przypadkach opadanie było prawidłowe.

W tem miejscu pragnę jednak zaznaczyć, że spośród owych pięciu przypadków, wykazujących prawidłowy czas opadania, tylko jeden był stwierdzony klinicznie i histopatologicznie jako *carcinoma planocellulare* na stopie, przyczem guz ten chory zauważył jeszcze w czasie wojny rosyjsko-japońskiej, a więc przed 30 laty, drugi przypadek guza mózgu miał histopatologiczne rozpoznanie *neurinoma cerebri,* w trzecim przypadku rozpoznanie wahało się między *ulcus calosum* a *ca ventriculi,* w czwartym rozpoznanie *tumor cerebri* nie zostało histopatologicznie ustalone, podobnież jak i w przypadku piątym, który jest tem wątpliwszy, że chory przybywa na wadze i czuje się dobrze. Wszystkie inne przypadki wykazały znaczne przyśpieszenie. *przeciętnie 45 mm,* przy wahaniach w granicach od 10 mm do 96 mm. W tem miejscu chciałbym podkreślić fakt zasługujący na uwagę, że w trzech przypadkach wczesnych klinicznie nowotworów złośliwych potwierdzonych jako takie drogą operacyjną (bez

---

[1]) Vide: A. O s z a c k i: Das Ph, Alkalireserve des Blutes etc., die Katjonen und das Erythrozytovolumen in der Karzinomkrankheit des Menschen. Biul. Pols. Akad. Um. Kraków 1932.

[2]) Ze względów wydawniczych wykresy i zestawienia liczbowe w niniejszej publikacji pominięto.

przerzutów), stwierdzono również bardzo przyśpieszony odczyn Biernackiego. Spośród innych przypadków chorobowych podobną szybkość opadania stwierdzono tylko w schorzeniach płuc, głównie w dalej posuniętych przypadkach gruźlicy, średnio 46 mm, przyczem przypadki ostrych stanów gorączkowych nie były brane pod uwagę w badaniach.

Stosunkowo najmniejsze wahania stwierdzono w oporności krwinek czerwonych na anizotoniczne rozczyny soli kuchennej. *W 21 przypadkach hemoliza* rozpoczynała się w roztworze 5‰ a zupełną była w roztworze 3‰ t. j. jeszcze w granicach prawidłowych. Podobne przeciętne znaleziono tylko w grupie schorzeń krwi i układu limfatycznego; we wszystkich innych grupach schorzeń rozczyny przeciętne wynosiły 4‰ dla początku i 3‰ dla całkowitej hemolizy. Oporność krwinek czerwonych w przypadkach nowotworów różni autorzy znajdowali rozmaita. Niektórzy jak Lang (7) i Cohnreich (8) wzmożoną, inni jak Sandaya otrzymywali wyniki zmienne. Nasze wyniki przemawiają raczej za wzmożoną opornością. Drobnowidowy obraz krwinek czerwonych *w badanych* przypadkach nowotworów złośliwych nie wykazał żadnych wybitniejszych odchyleń od stanu prawidłowego, nie wykazywał też ani poli- ani oligochromemji. Jednem słowem, nie dało się wykazać żadnych danych świadczących o zaburzeniu hemopoezy, a zwłaszcza nie wykazywano anizocytozy, nie mówiąc już o pojkilocytozie.

Z innych nowotworów złośliwych przerobiono czerwony obraz krwi w 8 przypadkach mięsaków. Ze względu na małą liczbę spostrzeżeń, trudno wyprowadzać z tych badań jakieś dalej idące wnioski. Przeciętne wartości ilości c. czerw., Hb oraz wskaźnika barwnego, okazały się bardzo zbliżone do przypadków rakowych, natomiast dość *znaczne różnice stwierdzono w objętości morfotycznych elementów krwi* (V duże 42 wobec 39 w przypadkach raków), a w szczególności w objętości pojedyńczych krwinek, którą znaleziono średnio 0.94, co wobec przeciętnej rakowej 0.87 wykazuje znaczne zwiększenie. Pozostałoby jeszcze do rozważenia, o ile różnice te są następstwem faktu, że chorzy z mięsakami byli naogół młodsi i czy to nie pozostaje pod wpływem tego faktu. Różnicę stanowi też mniejsza rozpiętość wahań odczynu Biernackiego, a mianowicie max. 35 mm, min. 7 mm, średnio 20 mm (w rakach 96, min. 10 mm, średnio 45 mm) oraz zwiększenie oporności na anizotoniczne rozczyny soli kuchennej wobec przypadków rakowych 4‰ początek hemolizy, 2‰ zupełna.

Przypadki nienowotworowe podzielono na grupy zależnie od rodzaju schorzenia a mianowicie choroby krwi i narządów limfatycznych, choroby narządu krążenia, oddechania, przewodu pokarmowego, wątroby, nerek i inne. Podział taki coprawda jest niedostateczny, gdyż w pojedyńcze grupy ujęto nieraz zupełnie odmienne jednostki chorobowe, okazało się jednak mało praktycznem rozbijanie wielkich grup schorzeń na szereg mniejszych pokrewnych przypadków i ze względu na otrzymanie przez to zbyt skąpej ilości spostrzeżeń w pojedyńczych pokrewnych grupach.

W grupie schorzeń krwi i układu limfatycznego zbadano czerwony obraz krwi w 27 przypadkach, w tem 10 przypadków niedokrwistości złośliwej, aplastycznej i wtórnej, dwa przypadki skaz krwotocznych i żółtaczki hemolitycznej, 4 przypadki białaczki szpikowej, 5 przypadków ziarnicy złośliwej, 2 przypadki choroby Vaqueza, resztę stanowiły przewlekłe schorzenia gruczołów chłonnych i śledziony. Ze względu na ten różnorodny skład przypadków, otrzymano przy obliczaniu wahań najwyższych i najniższych graniczne cyfry bardzo odległe. I tak w liczbie czerwonych ciałek krwi najwyższą granicę znaleziono 9,100.000 *(polycyth. rubra)*, najniższą 1,010.000 *(diath. haem.)*, średnio 3,660.000, w %% Hb najwyższą 162% *(polycyth. rubra)*, najniższą 18% *(icter. haemol.)*, średnio 67%, we wskaźniku barwnym maks. 1.58 *(anaem. pernic.)*, minim. 0.56 *(anaem. sec.)*, średnio 0.91; w objętości krwi max. 76 *(polycyth. rubra)*, minim 6 *(diath. haem.)*, średnio 35. W objętości krwinek maks. 1.29 *(anaem. pern.)*, minim. 0.54 *(diath. haem.)*, średnio 0.93; w opadaniu maks. 140 *(icterus haemol.)*, minim. 1 *(stat. post extr. lienis)*, średnio 33. W oporności na anizotyczne rozczyny maks. 4.5—3.5 (ziarnica złośliwa), minim. 7 pocz. hem. 4 zupełna *(icterus haemol.)*, średdnio 5—3‰

Jak z powyższego wynika, ustalanie jakichkolwiek prawideł lub wyprowadzanie pewnych wniosków w tego rodzaju grupowem ujęciu schorzeń krwi i narządów limfatycznych jest niemożliwem. Odmiennie przedstawiają się wyniki badań czerwonego obrazu krwi w grupie schorzeń narządu krążenia. Opracowano 12 przypadków ze zmianami w mięśniu sercowym, wadami serca przy istniejącem niewyrównaniu. Ze względu na dość jednolity obraz krwi przytoczę tylko dane przeciętne: liczba czerwonych ciałek wynosiła 4,420.000, Hb 76%, I = 0.85. Objętość krwi 44, wskaźnik objętościowy krwinek czerwonych 0.95, opadanie 35 mm. (Głównie dzięki 2 przypadkom *endocarditis septica* i 2 po 70 roku życia) oporność: początek hemolizy 4‰, zupełna 3‰. Podobnież dość jednolicie przedstawia się czerwony obraz krwi w grupie schorzeń płucnych. Badania przeprowadzono u 15 chorych, z czego 11 przypada na sprawy gruźlicze, 3 na zapalenia płuc płatowe, oraz jeden przypadek dychawicy oskrzelowej. Przeciętne cyfry uzyskane w tych przypadkach wynosiły: ciałek czerwonych 4,440.000, Hb 76%, I = 0.85, V — 41, v — 0.90; opadanie 46; oporność: początek hemolizy 4‰, całkowita w roztworze 3‰ NaCl.

Spośród schorzeń narządów trawienia wyodrębniono grupę schorzeń wątroby. Pominąwszy tę grupę, zbadano obraz krwi w 12 przypadkach, mianowicie: w 7 przypadkach choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, w 2 przypadkach bezsoczności żołądka, resztę przypadków stanowiły nieżyty jelit. Uzyskane przeciętne liczby wynosiły: Ciałek czerwonych 4,550.000, Hb 79%, I = 0.82, V — 42, v — 0.93, opadanie 19, oporność: początek hemol. 4‰, zupełna 3‰. Obraz ten jest bardzo zbliżony do uzyskanego w przypadkach grupy schorzeń płucnych, za wyjątkiem odczynu Biernackiego, który w przypadkach schorzeń płucnych wykazał znaczne przyśpieszenie w przeciwieństwie do schorzeń przewodu pokarmowego. W 11 badaniach przeprowadzonych u chorych z zaburzeniami wątroby, przeciętne liczby wypadły prawie identycznie z powyższemi. Ostatnią grupę stanowiły badania czerwonego obrazu krwi u chorych nerkowych (4 przypadki) i 16 innych przypadków chorobowych, które nie dały się włączyć do żadnej z wymienionych grup. W liczbie tych przypadków były pojedyńcze przypadki cukrzycy, moczówki prostej, zapalenia stawów, wola, myastenji, narkolepsji, choroby Addisona, oraz zatrucia ołowiem, tlenkiem węgla, wreszcie trzy przypadki ludzi zdrowych. Poza ostatniemi trzema przypadkami, które wykazały wszystkie wartości prawidłowe, wszystkie inne badane w tej grupie przypadki dały wartości przeciętne bardzo zbliżone do wartości w schorzeniach krążenia, płucnych, przewodu pokarmowego i wątroby.

Streszczając wymienione spostrzeżenia można powiedzieć, że:

1. *Czas trwania nowotworu*, o ile o takiem określeniu można wnioskować na zasadzie przerzutów, wyniszczenia i wywiadów, okazał się bez wybitniejszego wpływu na czerwony obraz krwi. Odnośnie do objawu Biernackiego należy zaznaczyć, że sam fakt przyśpieszenia czasu opadania występuje w schorzeniu nowotworowem już w przypadkach klinicznie biorąc bardzo wczesnych, jak to mieliśmy sposobność spostrzegać w trzech powyżej wspomnianych przypadkach. Inna jest sprawa, czy dalsze przyśpieszenie czasu opadania zależy od czasu trwania i rozległości sprawy nowotworowej. Odnośnie do owej grupy 5 przypadków omawianych wraz z nowotworami, a wykazujących prawidłowy czas opadania, należy jeszcze raz z naciskiem zaznaczyć, że tylko jeden z nich był przypadkiem raka klinicznie i histopatologicznie stwierdzonym.

2. *Że w przypadkach raków* nader często spotyka się względną poliglobulję w porównaniu z innemi schorzeniami o podobnym przebiegu względnie charłactwie.

3. Że nie stwierdzono ani wybitnego zmniejszenia ilości barwika krwi, ani zbyt obniżonego wskaźnika barwnego, przeciwnie nawet, uderzają w stosunku do ciężkości schorzenia wysokie ich wartości.

4. Że objętość pojedyńczych krwinek czerwonych w przypadkach raków okazała się najmniejsza ze wszystkich grup schorzeń tu omawianych.

Piśmiennictwo:

Cabot: Amer. Jour. med. Sci. 1900. — Krokiewicz: Przegląd Lek. Nr. 41, 42, 43. 1899. — Naegeli: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik 1931. — Osterpev: Berl. Kl. Wochenschr. 12, 13. 1892. — v. Noorden: Med. Kl. 25. Okt. 1908. — Morawitz, Schatzki: Strahlentherapie. Bd. 42. H. 5. 1931. — Lang: Z. Kl. Med. 47. 1902. — Cohnreich: Fol. haematol. 16, 307. 1913.

Dr. Stanisław BÜHN. Lwów.

O przewlekłych postaciach przetok płucno-opłucnowych.

(Z Przychodni Przeciwgruźliczej Kasy Chorych we Lwowie).

Sprawa powstawania przetok płucno-opłucnowych (PPO) w dawniejszej klinice interesowała jedynie chirurga, zaś dla internisty i lekarza praktyka miała znaczenie podrzędne. Dopiero wprowadzenie lecznictwa uciskowego w gruźlicy płuc zwiększyło znacznie ich częstość i doprowadziło do rozpoznania szeregu postaci tego ciekawego schorzenia. Główna zasługa na tem polu

przypada szkole Barda i szeregowi autorów francuskich jak: Rist, Dumarest, Burnand, Arnaud ii.

Anatomopatologicznie od chwili badań Barda, który pierwszy na te procesy zwrócił uwagę, rozróżniamy dwie postacie PPO, a mianowicie PPO wąską i PPO szeroką. PPO szeroka jest wielkości rozmaitej, od wielkości główki szpilki do wielkości dłoni, brzegi jej są ostre. Najważniejszą jej cechą jest to, że leży ona w tkance patologicznie zmienionej, najczęściej na podłożu nacieczenia gruźliczego. Zaś bardzo rzadko powstaje ona w tkance zdrowej, oczywiście poza ciężkiemi urazami. Powstający w ten sposób otwór prowadzi albo bezpośrednio do oskrzela, albo komunikuje z oskrzelem przez jamę gruźliczą leżącą podopłucnowo, albo też komunikuje z masami serowatemi położonemi pod opłucną. PPO szerokie powstają podczas zakładania odmy w przypadkach rozległych zmian gruźliczych, kiedy spowodu ich rozległości odma sztuczna jest bardzo często niekompletną, jest odmą źle spełniającą swoje zadania spowodu istniejących nieraz rozległych zrostów.

PPO wąskie są bardzo małe, często niedostrzegalne spowodu nikłych swych rozmiarów, wyglądem swym przypominają ukłucie szpilką. Na stole sekcyjnym jest bardzo trudno je znaleźć, ponieważ szybko pokrywają się nalotami włóknikowemi. Zawsze powstają na podłożu zdrowej tkanki płucnej. Przez zaistnienie PPO powstaje komunikacja jamy opłucnowej z oskrzelem. Komunikacja ta nie jest stałą, jak to dawniej przypuszczano. Otwór może ulec zatkaniu z najrozmaitszych powodów (ropa, krew, masy serowate), co klinicznie powoduje brak charakterystycznych objawów; nieraz i dziś jeszcze takie wypadki są opisywane jako dziwne *„curiosa"* kliniczne (Jacob-Bruhnes). Zaczopowanie PPO jest oczywiście niestałe i łatwo je usuwają gwałtowne ruchy oddechowe, kaszel i t. p.

Bardzo ważnym jest fakt, zdobywający sobie dopiero prawo obywatelstwa w naszem klinicznem rozumowaniu, że nie każdy przypadek PPO przebiega z towarzyszeniem klasycznych objawów, o gwałtownem nasileniu jak: kaszel, duszność, sinica ewentualnie nagły zgon. Istnieją przypadki nawet szerokich PPO, w których niema żadnych objawów niepokojących, a które rozpoznajemy dopiero po wysięku opróżniającym się przez drogi oddechowe. Duszność powstaje wtedy, gdy brak jest odpowiedniej rezerwy powierzchni oddechowej, mogącej zapewnić prawidłową wymianę gazów. Warunki istnienia takiej rezerwy są tem gorsze, im więcej płuco przeciwne jest schorzałe, lub, cogorzej, gdy istnieje sztuczna odma po stronie przeciwnej, albo gdy istnieje wiotkie przesuwalne śródpiersie. Taksamo nie przy każdej PPO zachodzi odpluwanie ewentualnie istniejącego wysięku opłucnowego. Zwykle pojawianie się wysięku w plwocinie jest cechą PPO szerokiej o ścianach nieelastycznych, powstałej w tkance schorzałej. PPO wąskie, powstające w tkance płucnej zdrowej prawidłowo sprężystej, szybko się zamykają i stają się niedrożne dla płynów wysiękowych. Oczywiście wysięk opłucnowy, powstający przy PPO wąskiej. może sczasem spowodować ponowne otwarcie przetoki, rozszerzyć ją i dać obraz kliniczny szerokiej PPO.

Autorzy francuscy zwracają uwagę na przeoczany ogólnie fakt, że wysięki opłucnowe, powstające przy stosowaniu odmy sztucznej, które początkowo są surowiczo-włóknikowe, a potem powoli bez gwałtownych objawów, zamieniają się na wysięki ropne, mogą powstawać nietylko na tle zakażenia jamy opłucnowej drogą naczyń chłonnych płucno-opłucnowych, lecz także w znacznej mierze powstają jako skutek zaistnienia wąskiej PPO. W naszem piśmiennictwie autorzy zajmujący się etiologją wysięków opłucnowych (Stankiewicz-Trybowska, Oxner) nie zwracali na tę możliwość uwagi. Mechanizm powstawania wysięku odrazu ropnego przy szerokiej PPO jest jasny, jako powstający w tkance gruźliczo zmienionej.

Trzecim bardzo ważnym momentem jest możliwość samowygojenia się wąskiej PPO. Proces ten następuje albo przez zamknięcie się otworu włóknikiem, albo przez retrakcję zapadającego się skutkiem powstałej odmy płuca, albo przez sklejenie się blaszek opłucnowych. Te wszystkie możliwości nie zachodzą przy szerokiej PPO, której wygojenie zasadniczo może nastąpić tylko po zabiegu operacyjnym (plastyka). Mimochodem należy wspomnieć, że zapadowi płuca tu pożądanemu, celem zamknięcia otworu zapobiega usuwanie powietrza z jamy opłucnowej. Dlatego nie należy powietrza usuwać w każdym wypadku, o ile do tego niema wskazania (sinica, duszność, objawy sercowe i t. d.).

Objawy kliniczne PPO:

Przy powstaniu PPO zachodzą zmiany parcia wewnątrzopłucnowego. Zmiany tegoż dowodzą jedynie zaistnienia PPO, nie dowodzą jej drożności.

Po powstaniu PPO przy dopełnieniu odmy sztucznej stwierdzamy, że parcie wewnątrzopłucnowe jest wyższe, niż poprzednio, a więc np. po ostatniem dopełnieniu. Ważnem jest, że podwyżki takie nie muszą być wyłącznie tak wysokie, by dawały aż ciśnienia dodatnie. Niekiedy przy wąskiej PPO spotykamy jedynie obniżkę ciśnienia ujemnego. Sprawa wikła się w przypadkach, kiedy pojawia się wysięk. Mamy do wyboru dwie alternatywy. Albo podwyżka parcia spowodowana jest tylko szybkiem narastaniem wysięku, albo też wysięk jest na tle PPO. Rozstrzyga w tych przypadkach próba Arnauda, która polega na aspiracji powietrza z jamy opłucnowej. O ile parcie po aspiracji wraca do poprzednich wartości, mamy bez wątpienia do czynienia z PPO. W wypadkach PPO o wentylu odwróconym, który ułatwia wydostawanie się powietrza z opłucnej, a nie pozwala na dostawanie się powietrza do jamy opłucnowej, możemy po zaistnieniu PPO mieć nawet ciśnienia niższe niż przed jej powstaniem. Przypadki te były ostatnio opisywane jako *pneumothorax insatiabilis tardus* (Oxner-Bühn). O drożności PPO przekonujemy się stosując sposób podany przez Dumaresta. Polega on na dodawaniu lub ujmowaniu powietrza z jamy opłucnowej. O ile parcie wraca szybko do wartości poprzednich, mamy do czynienia z drożną PPO. W wypadkach szerokich PPO parcie waha się zawsze około O manometrycznego. W wypadkach wąskich PPO parcie bywa nieco wyższe od O manometrycznego w kierunku ujemnym. Nie jest to jednak reguła bezwzględna, gdyż są wypadki szerokich PPO, w których parcie wewnątrzopłucnowe jest różne od ciśnienia atmosferycznego (np. w przypadku Jacoba i Bruhnesa istniała sekcyjnie potwierdzona szeroka PPO, przy której stale znajdowano ciśnienie ujemne około: —7). Rzadkim objawem PPO jest wystąpienie postępującej odmy podskórnej, która rozszerza się na tułów, szyję i twarz. Bardzo często takie powikłanie nie da się żadnemi zabiegami powstrzymać. W kilku dniach powoduje ona zejście śmiertelne. Sprawa ta powstaje przy zakładaniu odmy sztucznej, w wypadkach zarośnięcia jamy opłucnowej i stworzenia poprzez otwór nakłucia stałej komunikacji tkanki podskórnej z kawerną (Bourgeois-Bernard-Loineau). O możliwości braku klasycznych gwałtownych objawów (duszność, sinica, zaburzenia sercowe, *mors subita* i t. d.) wspomniałem już poprzednio.

Przy prześwietlaniu możemy napewno twierdzić o zaistnieniu PPO, o ile stwierdzimy niewątpliwe powiększenie się zapadu płuca (z wyjątkiem przypadków postępujących zrostów i pojawienia się wysięku), oraz o ile stwierdzimy obecność bani gazowej w wypadkach, w których nie wykonywano żadnych zabiegów na opłucnej (nakłucie próbne i t. d.). Ostatnio opisywał Laurnay objaw mający być charakterystycznym dla PPO. Jest to nazwany przez niego objaw węgielnicy (ekierki). Powstaje on przy odmach niekompletnych, w których szczyt jest zawieszony na zrostach w kopule opłucnej. Normalnie brzeg płuca w tych odmach jest wypukły ku zewnątrz. Przy zaistnieniu PPO, brzeg ten staje się prosty i tworzy kąt prosty z poziomem zwykle powstającego tu wysięku opłucnowego, co swym wyglądem przypomina węgielnicę.

Dalsze objawy, to objawy, wskazujące na przechodzenie wysięku z opłucnej przez PPO. Rzadko wydobywa się tą drogą płyn surowiczy przy wąskiej PPO. Zwykle obserwujemy wypluwanie płynu ropnego. Czasem objaw ten nie jest wybitny, o ile chory odpluwa niewielkie ilości plwociny. Można w tych wypadkach wprowadzić do opłucnej małą ilość oleju gomenolowego, albo też roztwór błękitu metylenowego i obserwować, czy płyny te pojawią się w plwocinie. Rzadko widać podczas prześwietlania, o ile chory zaczyna odpluwać, zmniejszanie się poziomu płynu w jamie opłucnowej.

Objawy fizykalne są bardzo niepewne. Niektórzy podnoszą wartość pojawienia się oddechu amforycznego jako zapowiadającego PPO lub cechującego PPO (Bernou-Mattei). Objaw ten istnieje bez wątpienia przy PPO, lecz spotykamy go też przy odmach zamkniętych (Rubinstein).

Pewnych danych mogą dostarczyć objawy zakażenia jamy opłucnowej. O ile w wysięku jest flora mięszana, przebywająca normalnie w drogach oddechowych, to prawie napewne można twierdzić, że istnieje PPO. Możemy ją podejrzewać, o ile w wysięku jest bardzo duża ilość prątków Kocha (Bard). Pewne podejrzenia co do zaistnienia PPO nasuwają objawy burzliwie przebiegającego wysięku opłucnowego, albo też powolna zamiana wysięku surowiczego w wysięk ropny gruźliczy.

Nas interesują najwięcej przypadki PPO, powstające podczas stosowania odmy sztucznej. Poza przypadkami PPO, powstającemi podczas zakładania odmy, które przebiegać mogą albo bardzo burzliwie prowadząc do rychłego zgonu chorego, albo też przebiegają prawie że bezobjawowo, napotykamy coraz częściej opisy PPO, powstających podczas dłuższego już istnienia odmy (Wesiroglu, Nüssel, Mayer, Chabaud, Chmielnickij). Przypadki takie zapewne trafiały się i dawniej, lecz nie poświęcano im należytej uwagi. Podczas stosowania odmy sztucznej może powstać PPO wąska, cechująca się wysiękiem surowiczym, pojawiającym się wśród objawów wysokiej cie-

płoty i ciężkiego stanu ogólnego, którym to objawom może towarzyszyć duszność o rozmaitem nasileniu. Ciśnienie wewnątrzopłucnowe nie odpowiada O manometrycznemu. Po pewnym czasie ciepłota spada, zaś wysięk może przybierać powoli charakter ropny. Następowo może powstać szeroka PPO na tle ropnia opłucnej. Nie zawsze jednak przychodzi do wysięku opłucnowego. Mechanizm powstania tego rodzaju PPO polega albo na przebiciu płuca w tkance zdrowej, albo na przerwaniu zrostu dającego komunikację z tkanką płucną w miejscu zdrowem.

Losy takich wąskich PPO, powstałych podczas dopełniania odmy, są rozmaite: PPO zamyka się bez żadnych następstw. Np.

1. przypadek: Chory F. J. leczony przez 18 miesięcy prawostronną odmą sztuczną spowodu gruźlicy włóknistoserowatej. Przebieg odmy prawidłowy, stan ogólny dobry. Płuco dobrze uciśnięte z wyjątkiem pola podszczytowego, gdzie taśmowaty zrost biegnie ku ścianie klatki piersiowej. Na zabieg Jacobeusa nie godzi się. Dopełniania idą gładko. W dniu 28. VIII. 1933 dopełniono 650 cm³ powietrza, parcie końcowe — 3,0. Roentgen po dopełnieniu wykazuje stosunki wyżej opisane. Po 3 tygodniach zjawia się do następnego dopełnienia i zapodaje, że po ostatniem dopełnieniu miał duszności i musiał kilka dni w łóżku przeleżeć. Prześwietlenie wykonane przed dopełnieniem odmy wykazuje znaczne przesunięcie śródpiersia na lewo, bania gazowa widzialna poza lewym brzegiem mostka, wyżej wspomnianego zrostu nie widać. Ciśnienie wewnątrzopłucnowe — 2,0. Przed poprzedniemi dopełnieniami zawsze wynosiło ono —5, —10. W 7 tygodni później Roentgen wykazuje płuco rozprężone. Dopełniono odmę w stosunkach jak przed PPO —3 — 9, 500 cm³ 0, —4. Epikryza: na skutek przerwania zrostu przyszło do wąskiej PPO, która przebiegała bez gwałtowniejszych objawów i uległa samowyleczeniu, bez żadnych następstw i komplikacyj.

Do innych postaci przebiegu należą formy, w których istniejący wysięk surowiczy się cofa, albo też wysięk ropny cofa się po szeregu nakłuć opłucnej, albo też ropień rozszerza istniejącą wąską PPO, zamieniając się w obraz szerokiej PPO. Np.

2. przypadek: Chory K. F. leczony prawostronną odmą sztuczną przez 6 miesięcy spowodu gruźlicy włóknistoserowatej. Płuco dobrze uciśnięte, szczyt w części swej wewnętrznej trzymany na zrostach. W dniu 17. V. 1933 po dopełnieniu odmy wysięk z wysoką ciepłotą, która w krótkim czasie spada do normy. W Roentgenie objaw „węgielnicy", nad płucem oddech amforyczny przedtem niesłyszalny. Pomiar ciśnienia wykazuje cyfry wyższe od ostatnich. Spowodu pojawienia się płynu nie ma ten objaw znaczenia. Prawdopodobnie zaistniała wąska PPO. Następne dopełniania rzadsze i mniej obfite spowodu miernego wysięku stale się utrzymującego. Przy punkcji wysięk surowiczy z nielicznemi prątkami Kocha. W dniu 10. X. 1933 nagle wysoka ciepłota wśród objawów „grypowych". Szybko rosnący wysięk okazuje się ropnym. Bakterjologicznie flora mieszana dróg oddechowych. Chory odpluwa wiele plwociny ropnej. Stan ogólny szybko podupada. Co 7—8 dni wydobywa się 1200 cm³ płynu ropnego.

Epikryza: U chorego, u którego powstała prawdopodobnie wąska PPO, przyszło do ponownego otwarcia PPO i jej rozszerzenia się z objawami szerokiej PPO.

Dalej do przypadków wąskich PPO należy zaliczyć przypadki, opisywane przez V i b e r t a, jako t. zw. wieczny *hydropneumothorax*. Są przypadki odmy z wysiękiem, przy których odma zdaje się być wieczną i stałą, bania gazowa nie resorbuje się, a dopełnienia odmy wydają się zbytecznemi. Aż nagle przychodzi do objawów szerokiej PPO. Oczywiście jednak nie wszystkie wypadki odm wymagających bardzo rzadkiego dopełnienia są na tle PPO. Istnieć one mogą też przy bardzo upośledzonej czynności resorpcyjnej opłucnej. Wypadki powstawania PPO podczas zakładania odmy sztucznej są znane każdemu ftizjologowi. Najtragiczniejsze są wypadki ostrych PPO, otwartych lub wentylowych, niedających się zamknąć, które prowadzą do rychłego zgonu spowodu upośledzenia powierzchni oddechowej płuc i siły serca. Bywają jednak przypadki przy zakładaniu odmy, kiedy otwór w płucu powstając w tkance zdrowej zamyka się szybko, chory poza bólami i niewielką dusznością nie uskarża się na żadne objawy, a lekarz znajduje odmę kompletną pomimo wpuszczenia bardzo małych ilości gazu.

3 przypadek: Chory B. H. z rozpoznaniem: gruźlica włóknistoserowata płuca prawego z 3 jamami wielkości orzecha włoskiego, w górnej części płuca. Dnia 3. VII. 1933 założono odmę w ilości 250 cm³ powietrza, parcie początkowe: —8, —6, końcowe: —3, —1. Po zabiegu lekka duszność. Roentgen wykonany następnego dnia wykazuje płuco w całości oddzielone od ściany klatki piersiowej, przyciśnięte do wnęki. Ciśnienie wewnątrzopłucnowe: —2 —0. Dalszy przebieg odmy zupełnie prawidłowy.

Epikryza: przy pierwszem zakładaniu odmy nastąpiło skaleczenie płuca w części zdrowej z wąską przetoką, która szybko się zamknęła dzięki powstałemu zupełnemu zapadnięciu się płuca.

4 przypadek. Chory W. A. z gruźlicą włóknistowrzodziejącą płata górnego prawego. 6. VII. założono odmę —6, —3, 150 cm³ —5, —2. Po dopełnieniu lekka duszność. Roentgen następnego dnia wykazuje oddzielenie szczytu od ściany kl. piersiowej. W dniu 10. VII. wpuszczono 150 cm³ powietrza przy ciśnieniu końcowem —5, —2. Następnego dnia wykazuje Roentgen: oddzielenie płuca na szerokość dłoni. Chory uskarża się na lekką duszność. Przez następnych dni 11 obserwowano chorego, nie dopełniając odmy. W dniu 22. VII. Roentgen wykazuje płuco zupełnie przyciśnięte do wnęki, ślad płynu w kącie przeponowo-żebrowym. Parcie wewnątrzopłucnowe: —3 —5. Po 3 tygodniach płuco uległo rozprężeniu. Zastosowano dalsze dopełnienia, które przebiegają bez powikłań.

Epikryza: podczas drugiego dopełnienia odmy powstaje wąska PPO, która po zupełnem zapadnięciu płuca zamyka się bez żadnych następstw.

Jak poprzednio wspomniałem, szeroka PPO może powstać albo odrazu, albo wpierw może istnieć PPO — wąska z wysiękiem surowiczym, który nagle na ropny się zamienia i rozdziera otwór przetoki. Samowyleczenia w wypadkach szerokich PPO z reguły niema. Nastąpić ono może, jak to ostatnio opisywali V a l t i s i T r i b o u l e t, tylko przy odmie częściowej (kieszeniowej), kiedy po odpluciu wysięku zrosty szybko się tworzące zamykały kieszeń. O ile jednak mamy do czynienia z odmą zajmującą całą jamę opłucnową, oraz jeśli w dodatku wysięk jest ropny, powstała w tych wypadkach szeroka PPO zasadniczo nie goi się. Wśród objawów postępującego charłactwa i bilateralizacji procesu gruźliczego następuje rychły zgon. Metody konserwatywne jak: otok olejowy, płókania opłucnej (nawet niebezpieczne spowodu możliwości powstania aspiracji bronchogenetycznej) z reguły zawodzą, jedynem wyjściem jest zastosowanie torakoplastyki możliwie jaknajwcześniejszej, o ile oczywiście stan chorego wskazaniom plastyki odpowiada. Do rzadkości należą wypadki przewlekłej szerokiej przetoki, przy której dzięki dobremu drenażowi przez oskrzela opłucna dobrze samoistnie się opróżnia. Takie warunki zachodzą w częściowych kieszeniowych odmach.

5 przypadek. Chory H. J. lat 43, zgłasza się z dolegliwościami płucnemi jak kaszel, bóle w klatce piersiowej. Badaniem fizykalnem stwierdzamy objaw rozedmy płuc z miernym nieżytem oskrzeli. W obu szczytach szorstkie szmery pęcherzykowe z wydechem przedłużonym. Prześwietlenie wykazuje nieliczne pasemkowe rozsiane zagęszczenia w górnych częściach obu pól płucnych. Pojedyńcze zwapnienia opłucnej po stronie prawej. Po stronie prawej otorbiona bania gazowa wielkości głowy dziecka z poziomem płynu, leżąca przyściennie w dolnej części klatki piersiowej. Nakłucie próbne wykazuje płyn ropiasty mętny, jałowy w badaniu bakterjologicznem. Wstrzyknięty lipjodol do powyższej jamy wykazuje na zdjęciu opróżnianie się przez oskrzela. Tą samą drogą opróżnia się olej gomenolowy. Stan chorego od 2 lat zadowalający. Ponieważ chory nie zgadza się na żaden zabieg operacyjny, usuwamy choremu co 4 tygodnie nadmiar wysięku ropnego z jamy opłucnowej. Pomiary ciśnienia wewnątrzopłucnowego wahają się około 0, co wskazuje na szeroką PPO. Codziennie rano chory odpluwa większą ilość płynu ropnego. Rentgenologicznie objawy jamy zmniejszają się. Przy nakłuciach opłucnej napotykamy na coraz większe zgrubienia opłucnej ściennej, co dowodzi samoistnego zamykania się jamy.

Epikryza: W przypadku szerokiej PPO komunikującej z kieszenią opłucnową, dzięki dobremu drenażowi przez oskrzela obserwujemy samoistne zarastanie jamy opłucnowej, co niewątpliwie doprowadzi w przyszłości do zamknięcia przetoki.

Postępowanie przy wąskiej PPO jest wyczekujące, przy równoczesnem opróżnianiu opłucnej i ewentualnie przy stosowaniu małych dawek oleju gomenolowego. W szerokich PPO racjonalną jest plastyka i to o ile jest możliwe przy suchej opłucnej, t. j. bez żadnego wysięku. W przypadkach, w których istnieją przetoki skórne, lub kiedy spowodu istniejących kieszeni opłucnowych nie daje się opróżnić opłucnej, musimy uciec się do pleurotomji. Najrzadziej może być polecana frenikotomja nierokująca większych szans powodzenia, spowodu sztywności opłucnej. Jedynie może być ona uważana jako zabieg przygotowawczy do torakoplastyki.

Najważniejszą jest sprawa zapobiegania PPO, które najczęściej powstają przy odmach niezupełnych, połączonych z wielką ilością zrostów.

Dlatego odmy takie, które z natury rzeczy są nieskuteczne, należy porzucać wcześnie i szybko przechodzić do innych zabiegów uciskowych. Nieskuteczną odmę cechuje poza brakiem odpo-

wiedniego zapadu płuca, obecność prątków w plwocinie i objawy kliniczne czynnego procesu gruźliczego. Dwa ostatnie objawy możemy niekiedy spotkać nawet przy dobrem zapadnięciu się płuca. Tyczy się to przypadków, przy których w uciśniętem płucu toczy się nadal proces gruźliczy. Proces taki bardzo łatwo daje ogniska podopłucnowe, które następowo otwierać się mogą do opłucnej. Odmy o konfiguracji prawidłowej nie rozpuszczamy szybko, lecz bacznie obserwujemy chorego. Zato odmy niekompletne, ze względu na niebezpieczeństwo przerwania płuca w miejscu gruźliczo zmienionem musimy szybko zaniechać. Szczególną uwagę należy zwracać przy odmach zakładanych spowodu *lobitis*, gdzie uciśnięte są płaty dolne, zaś płat chory górny pozostaje w całości nieuciśnięty. W przypadkach tych skutkiem oddzielenia płatów dolnych od górnego przychodzi do odsłonięcia dolnej powierzchni płata górnego od strony szpary międzypłatowej. W tem miejscu, jak doświadczenie uczy, najłatwiej tworzą się PPO. Zawsze najgroźniejsze są jamy leżące blisko powierzchni płuca. Tak samo i komplikacje odmy sztucznej kryją w sobie niebezpieczeństwo powstania PPO. Tyczy to wysięków opłucnowych blokujących całą jamę opłucnową. Dlatego nie należy zbyt długo utrzymywać dużych wysięków w celach poprawy zapadu płuca. Wysięk ropny powstający przy odmie nieskutecznej jest złym prognostykiem. Należy się obawiać w najbliższej przyszłości powstania PPO. Od przebicia płuca podczas zakładania lub dopełniania odmy chroni: nakłuwanie dwuczasowe (nieco boleśniejsze dla chorego) a) skóra — mięśnie potem, b) samą opłucna. Nakłuwać należy zawsze tylko w miejscu wolnem od zrostów, pod którem jest położone płuco niezmienione gruźliczo. Doraźna pomoc polega w przypadkach bez objawów gwałtownych na troskliwej obserwacji chorego, w przypadkach połączonych z gwałtowniejszemi objawami usuwamy powietrze z jamy opłucnowej (metod opisano kilka), na podaniu morfiny, oraz ewentualnie przy nisko położonej PPO na podaniu niewielkiej ilości oleju gomenolowego.

Znacznie częściej PPO występują przy odmie obustronnej. Pojawienie się jej jest bardzo groźne, gdyż nawet wąskie PPO mogą kończyć się szybko śmiertelnie spowodu mechanicznego upośledzenia powierzchni oddechowej. Powstałe ropnie na tem tle nie goją się nigdy. Nie można tu też spowodu obustronności sprawy stosować innych zabiegów. Samoistne wyleczenie PPO przy odmie obustronnej należy do bardzo wielkich rzadkości (Nüssel).

6 przypadek. Chora M. F. Leczona lewostronną odmą od X. 1931. Spowodu bilateralizacji założono IV. 1932 odmę po stronie prawej. Przez 19 miesięcy dopełniania po stronie prawej idą gładko, po lewej coraz trudniej spowodu tworzących się zrostów. W dniu 4. X. 1933 po nakłuciu opłucnej parcie —10 —12 po stronie lewej. Po wpuszczeniu 15 cm³ powietrza zabieg przerwano spowodu niepokoju chorej. Żadnych objawów zatoru. Po 2 godzinach obserwacji chora odjeżdża w dobrym stanie do domu. Po 2 godzinach pobytu w domu następuje nagły zgon wśród objawów sinicy i duszności.

Epikryza: Przy odmie obustronnej przychodzi do nagłego zgonu na tle rozdarcia płuca, uprzednio zapewne nakłutego igłą przy dopełnianiu, podczas skomplikowanej zrostami odmy lewostronnej, przy dobrej odmie po stronie prawej.

Jedną z kardynalnych wad otoku olejowego jest częstość występowania PPO. Nie zawsze oczywiście sam otok jest ich przyczyną. Często mamy zmiany gruźlicze leżące podopłucnowo (otoki zakłada się zwykle w cięższych przypadkach, w którychby i bez otoku przy samej odmie przyszło do powstania PPO). Bardzo często pęknięcie płuca następuje wskutek nagłej podwyżki ciśnienia, nie na tle samego otoku, lecz spowodu nagle powstającego pod otokiem wysięku.

7 przypadek. Chory W. W. Odma prawostronna spowodu gruźlicy jamisto-serowatej, przebiega przez 7 miesięcy prawidłowo. Po tym okresie nagły wysięk opłucnowy z gorączką. W Roentgenie obraz węgielnicy. Po 3 miesiącach ponownie wysoka gorączka. Wysięk mętny z licznemi prątkami Kocha. W ciągu 3 miesięcy usunięto z opłucnej 2200 cm³ wysięku i wlano 900 cm³ oleju gomenolowego. Przez następne 3 miesiące punkcje opłucnej wykazują obecność oleju gomenolowego, bez śladu płynu. Po 6 miesiącach trwania otoku chory nagle zagorączkował, zaczyna odpluwać plwocinę ropiastą z domieszką gomenolu. Opróżniamy całą jamę opłucnową co 7—10 dni. Przy końcu opróżniania słyszalny z daleka *świst powietrza przechodzącego przez przetokę*. Parcie wewnątrzopłucnowe 0. Na plastykę chory się nie zgadza. Jakkolwiek pod wpływem opróżniania opłucnej ciepłota spadła, stan chorego coraz bardziej się pogarsza i chory umiera wśród objawów bilateralizacji i ogólnego wyniszczenia w 5 miesięcy po powstaniu szerokiej PPO.

Epikryza: W wypadku wąskiej PPO udaje się czasowo zamknąć przetokę, która rozdziera się pod wpływem nagle powstałego wysięku. Spowodu powstałej w ten sposób szerokiej PPO chory ginie w okresie 5 miesięcznym (Czas zgonu waha się zwykle od 3—6 miesięcy od chwili powstania szerokiej PPO).

8 przypadek. Chory B. W. Przez 11 miesięcy gładka odma prawostronna spowodu gruźlicy włóknisto-serowatej jamistej. Nagle przy gorączce płyn surowiczy, zamieniający się po 3 miesiącach na ropny, z obecnością prątków Kocha. Wysięk szybko się gromadzi tak, że w 4 miesiącach usunięto 5200 cm³ wysięku, wlewając stopniowo olej gomenolowy w ilości 900 cm³. Nagle chory uskarża się na odpluwanie oleju gomenolowego. Natychmiast opróżniono całą jamę opłucnową z wysięku i oleju. Przez 5 miesięcy stan chorego dobry, żadnych objawów PPO. Perjodycznie usuwamy wysięk w ilościach 500—800 cm³. Plastyka spowodu zmian po stronie przeciwnej niemożliwa. Po 5 miesiącach nagle chory zaczyna odpluwać duże ilości plwociny ropnej. Objawy szerokiej PPO. Po 3 miesiącach chory umiera.

Epikryza: Przypadek zamknięcia się wąskiej PPO powstałej przy stosowaniu otoku olejowego, która na 5 miesięcy zamknęła się po usunięciu oleju. Potem śmiertelna szeroka PPO.

Bardzo rzadko przebijają otoki częściowe. Zwykle dają PPO otoki założone w całej jamie opłucnowej. Ze zdaniem Kogona, jakoby PPO przy otoku olejowym następowało tylko w wypadkach, kiedy zakładano otok bez uprzedniego istnienia wysięku opłucnowego, zgodzić się nie możemy. Przebicie może być czasem epizodyczne i może pozostać bez następstw. Zwykle jednak prędzej czy później powstaje szeroka PPO z jej fatalnemi następstwami. O ile przy wąskiej PPO możemy pewien czas czekać (Rautureau), to przy szerokiej musimy szybko się decydować na plastykę lub w ostateczności na pleurotomję (Maurer-Hour-Rolland, Hinault).

Ostatnią możliwością powstania przetok są t. zw. odmy samoistne powstające też u niegruźliczych na tle pęknięcia zrostu lub pęcherzyka płucnego rozedmowo zmienionego. Powstają one jedno- lub obustronnie, a jako PPO wąskie, powstałe w tkance niegruźliczej, szybko się goją.

9 przypadek. Chory W. S. Zgłasza się I. 1932, uskarżając się na kaszel i duszności. W Roentgenie: Poza rozedmą w płucach żadnych zmian. Po stronie lewej odma ze śladem płynu w kącie przep. żebr. Po 26 dniach odma znika. Przy kontroli wykonanej w 3 miesiące później wykazujemy obecność odmy po stronie przeciwnej, która znika po 3 tygodniach. Chory nie skarży się na żadne dolegliwości.

Epikryza: Przypadek odmy samoistnej naprzód po jednej stronie, potem po stronie przeciwnej u chorego z rozedmą płuc, wygojony bez żadnych następstw.

Leczenie odmy samoistnej u niegruźliczych jest wyczekujące, przy gwałtownych objawach usuwamy powietrze. Jeśli PPO nie ma tendencji do zamknięcia się, stosujemy wlewania do opłucnej środków mających na celu pobudzenie tworzenia się zrostów (azotan srebra), ewentualnie musimy przetokę zaszyć (Olbrechts). Xalabarder polecał wlewanie przez torakoskop na przetokę *vivocoll* (surowica bydlęca z cytrynianem sodu i choliną, którą doprowadza się do skrzepnięcia na przetoce przez następowe skropienie chlorkiem wapnia).

W.P. Koledze Dr. W. Ciepielowskiemu składam serdeczne podziękowanie za umożliwienie mnie skorzystania z przypadków. (Nr. 3, 4, 6).

Piśmiennictwo:

Arnaud: Les perforations pleuropulmonaires. Paryż. 1933. Nakł. Doin. — Jacob-Bruhnes: Rev. Tub. 4. 1933. — Oxner: Wiad. Lek. 1. 1932. — Stankiewicz-Trybowska: Gruźlica 1931. — Bourgeois-Bernard-Loineau: Rev. Tub. 8. 1933. — Bühn-Oxner: Gruźlica. 3. 1933. — Launay: Rev. Tub. 8. 1933. — Barnou-Mattei: Rev. Tub. 4. 1929. — Wesiroglu: Beitr. Klin. Tbk. T. 78. Z. 6. 1931. — Nüssel: tamże. T. 80. Z. 2. 1932. — Mayer: Zeitschr. Tub. T. 65. Z. 5—6. — Chabaud: Rev. Tub. 4. 1927. — Chmielnickij: Wopr. Tuberk. 2. 1928. — Vibert: Prat. med. fr. IV. 1933. — Valtis-Triboulet: Rev. Tub. 1. 1932. — Kogon: Z. f. Tub. 61. 1931. — Rautureau: Journ. med. Leysin. 23. 1931. — Maurer-Hour-Rolland: Rev. Tub. 1. 1929. — Hinault: Rev. Tub. 6. 1931. — Bernt-Dierichs: Beitr. Klin. Tub. T. 79. Z. I. 1931. — Olbrechts: Ann. Med. 5. 1930. — Xalabarder: Rev. Hig. y Tub. 24. 1931.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Anastazy LANDAU i Jakób BAUER. Warszawa.

Przemijające porażenie narządów krwiotwórczych z aleukją i małopłytkowością w przebiegu jamistej gruźlicy płuc [1]).

Z I Oddz. Chorób Wewn. Szpit. Wolskiego w Warszawie.
Ordynator: Anastazy L a n d a u.

Przypadek nasz dotyczy chorego lat 26, z zawodu robotnika, który przybył na oddział dnia 16. XII. 1932 spowodu trwającej od 5 tygodni gorączki do 39°, znacznego ogólnego osłabienia, bicia serca, stałej duszności, kaszlu z niewielkiem odpluwaniem; przed parcma dniami wypluł przy kaszlu około $^1/_3$ szklanki skrzepłej krwi; podobne krwioplucie miało miejsce przed rokiem, kiedy to przez miesiąc leżał w szpitalu i gorączkował. Od 8 lat kilkakrotne nawroty obrzmienia i bólów w stawach skokowych. Pozatem wywiady chorób przebytych i rodzinne nie wykazują nic szczególnego.

Badanie przedmiotowe po przybyciu chorego na oddział: T° 39,6°; tętno 100/min., miarowe, miękkie; ciśn. tętnicze 100/60; oddechów 20/min. Wzrost wysoki, budowa (poza zniekształceniem stóp) prawidłowa, stan odżywienia mierny. Skóra bladawa, wilgotna; śluzówki ukrwione miernie. Gruczoły chłonne niepowiększone. Żebro szyjne prawe. Język wilgotny, zlekka obłożony. Gardło, migdałki i podniebienie bez zmian. Liczne próchnicze pieńki zębów.

Klatka piersiowa długa i nieco spłaszczona, o kącie międzyżebrowym prostym. W górnym płacie lewego płuca z tyłu stłumienie do grzebienia łopatki z osłabieniem drżenia głosowego; w tem miejscu wdech osłabiony, wydech chuchający, po kaszlu niestałe rzężenia drobno- i średniobańkowe, najliczniejsze w *zône d'alarme*. Poniżej do 1/2 łopatki wdech zaostrzony, wydech wydłużony. Granica dolna lewego płuca X mż, słabo ruchoma. Granice prawego płuca prawidłowe; nad prawym szczytem wdech szorstki, wydech wydłużony. Z przodu po stronie lewej skrócenie opuku do III mż, z zaostrzeniem wdechu, licznemi drobno- i średniobańkowemi rzężeniami, wydłużeniem wydechu.

Uderzenie koniuszkowe serca widoczne i macalne w IV mż lewem, rozlane na przestrzeni kilku cm. Granice serca prawidłowe. Pierwszy ton przy wierzchołku niezupełnie czysty.

Jama brzuszna: w lewem podżebrzu stwierdza się znacznie powiększoną śledzionę, dość zbitej spoistości, niebolesną, ruchomą podczas oddychania, dolny jej biegun sięga prawie do poprzecznej linji pępkowej. Wątroba nie daje się wymacać. Odruchy prawidłowe. Bolesność opukowa mostka. Obustronne płaskostopie i *hallux valgus*, zarysy stawów skokowych zniekształcone; skóra tych okolic niezmieniona; ruchy w stawach wolne i niebolesne.

W moczu nieco wzmożony urobilinogen. Plwocina: śluzoropna z domieszką krwawą, liczne ciałka obojętnochłonne i limfocyty, 3—8 prątków Kocha w p. w. na preparacie zwykłym. Odczyn Pirqueta ujemny, opadanie krw. (wg. Westergrena) przyśpieszone (16, 38, 100). Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Posiew z krwi na bulionie i żółci ujemny. Odczyn zlepny Widala ze szczepami duru brzusznego i durów rzekomych A i B ujemny. Badanie morfologiczne krwi: Hb 76%, czerw. kr. 4,400,000, wsk. barwny 0,83, białych ciałek 9,300, w tem obojętnochłonnych 19% i limfocytów 81%; na rozmazach czerw. krążki prawidłowe, postaci patologicznych białych ciałek nie stwierdzono, płytki krwi w ilości prawidłowej.

Roentgen klatki piersiowej (Dr. Werkenthin): w lewym szczycie zgrubienie opłucnej; w lewym szczycie i pod obojczykiem jama wielkości jaja kurzego; poniżej w całem polu płucnem rozsiane plamkowate drobne ogniska cieniowe; w polu płucnem prawem tylko pojedyncze takie ogniska w zewnętrznej części. Pod lewą przeponą jednolity, duży cień (powiększona śledziona?). Wymiary serca prawidłowe.

Choremu przepisano 5% rozczyn chlorku wapnia, tiokol i kodeinę w miksturze oraz małe dawki naparstnicy z chininą i salolem w opłatkach.

W ciągu następnych 5 dni samopoczucie chorego niezłe, pomimo wahań T° do 39,5°. Kaszle niewiele; plwocina z niewielką domieszką krwawą, na dnie kufla.

Dn. 24. XII. spore krwawienie z nosa. Badanie na skazę krwotoczną: czas krwawienia 3,5 min. (Duke), czas krzepnięcia 8 min. (Wright), płytek 90,000, objaw opaskowy słabo dodatni. W narządach wewnętrznych, jak poprzednio.

[1]) Według pokazu w dn. 30. I. 1933 r. w sekcji klinicznej Polskiego Towarzystwa Med. Społ. oraz w dn. 25. II. 1933 r. w Warsz. Kole Tow. Intern. Polskich.

Dn. 27. XII. wahania T° osiągają 40°, tętno przyśpieszone do 120, oddechów 24, przy niezmienionych objawach przedmiotowych ze strony płuc. Śledziona wystaje na 3 palce; cechy palpacyjne, jak poprzednio. Bóle opukowe mostka ustąpiły. Próba v. d. Bergha w surowicy: bezpośrednia ujemna, pośrednia 0,8 jedn. Oporność czerw. krążków prawidłowa. W moczu ślad wzmożenia urobilinogenu. We krwi zjawił się gwałtowny spadek zawartości hemoglobiny i składników morfotycznych, najwybitniejszy w stosunku do leukocytów: Hb 39%, czerw. krążków 1,870,000, wsk. barwny 1,0, ciałek białych 200 w mm³ (!) tak, iż dla obliczenia wzoru na bodaj stu ciałkach trzeba było przeszukać 3 rozmazy; wzór leukocytowy: obojętnochłonnych 48%, w czem 4% pałeczkowatych, limfocytów 52%; czerwone krążki wykazują znaczną anizocytozę (od mikro-, a nawet schizocytów do makrocytów), zrzadka polichromatofil, 2 normoblasty na 3 rozmazach. Retikulocytów 1,1%. Płytki na rozmazach bardzo skąpe, zaledwie 1—2 co kilkadziesiąt p. w., 9,000 w mm³. Czas krwawienia wybitnie wydłużony (do 17 minut!), czas krzepnięcia 9 min., objaw opaskowy słabo dodatni (kilka drobnych wybroczynek).

Dodano do leczenia 200 g wątroby dziennie.

Dn. 28. XII. przy utrzymujących się znacznych wahaniach T°, niezmienionych objawach płucnych i wymiarach śledziony, jak poprzednio, — skąpe odpluwanie z domieszką krwawą; samopoczucie niezłe. Badanie dna ocznego (Dr. Endelman): zabarwienie dna pomarańczowe, różnica pomiędzy tętnicami a żyłami nieznaczna, w oku prawem poniżej tarczy duży krwotok o średnicy $1^1/_2$ tarczy, pokrywający dolno-skroniowe naczynia. We krwi: Hb 35%, czerw. kr. 1,930,000 wsk. barwny 0,9 białych ciałek 300 w mm³, wzór leukocytowy: obojętnochłonnych 47%, w czem 5% pałeczkowatych, limfocytów 50%, monocytów 3%. Na preparatach barwionych wg. Pappenheima: czerwone krążki wykazują wyraźną anizocytozę, jak przy poprzedniem badaniu, zrzadka polichromatofil; młodych postaci białych ciałek nie stwierdzono. Płytki b. rzadko, pojedyńcze, 9,000 w mm³. Retikulocytów 0,6%.

Następnego dnia, t. j. 29. XII., wykonano nakłucie mostka (Dr. Ostrowski). Na preparatach z szpiku, barwionych wg. Pappenheima: w każdem p. w. kilkanaście prawidłowych czerwonych krążków, co kilka do kilkunastu p. w. 1 erytro- lub normoblast, zrzadka polichromatofil. Megakarjocytów nie stwierdzono zupełnie. Białe ciałka: kilka obojętnochłonnych o jądrze segmentowanem lub pałeczkowatem na rozmazie, pozatem od jednego do kilku w p. w. ciałek okrągłych, o jądrze również okrągłem, siateczkowatem, przeważnie z 2—4 bezotoczkowemi jąderkami, o zarodzi dość szerokiej, zasadochłonnej, bez ziarnistości, bez rozjaśnienia wokółjądrowego. Wielkość tych ciałek waha się w granicach od małego limfocyta do dużego monocyta. 50% tych ciałek przy badaniu na peroksydazę (Graham) wykazuje słabą ziarnistość brunatną. Ciałka te dają się sklasyfikować jako myeloblasty.

Dn. 30. XII. stan chorego nadal bez większych zmian, poza śladem obrzęków na stopach. Nie kaszle i nie odpluwa. Badanie krwi: Hb 30%, czerw. kr. 1,800,000, wsk. barwny 0,84, białych ciałek 350 w mm³ ze wzorem: 39% obojętnochłonnych, w tem 1% promyelocytów i 4% pałeczkowatych, limfocytów 54%, monocytów 6%, tucznych 1%; na rozmazach czerw. krążki wykazują nadal anizocytozę i polichromatofilję, 1 erytroblast na 3 rozmazach. Retikulocytów 0,6%. Ilość płytek 7,200. Zastrzyknięto podskórnie 1 cm³ rozczynu adrenaliny 1‰. Wymiary śledziony, badane co 5 minut w ciągu 3/4 godz. nie wykazały żadnych zmian. W 25 min. po zastrzyku pobrano krew do badania: poza nieznacznem zwiększeniem się ilości białych ciałek (z 350 do 520), żadnych zmian w porównaniu z badaniem kontrolnem przed zastrzykiem — nie stwierdzono. Dnia tego dokonano bezpośredniego przetoczenia 270 cm³ krwi od brata chorego. Pozatem dodano do leczenia 2 razy dziennie zastrzyk 1/2 cm³ rozczynu adrenaliny 1‰.

Dn. 31. XII. stan bez zmian szczególnych. Skąpa plwocina z domieszką krwawą, zawierająca pod mikroskopem dość liczne kom. obojętnochłonne i limfocyty. Zastrzyknięto dożylnie 10 cm³ 15% rozczynu soli kuchennej.

Badanie krwi: Hb 33%, czerw. kr. 2,000,000, wsk. barwny 0,82, białych ciałek 400 w mm³, w czem 54% obojętnochłonnych (2% metamyeloc., 7% pałeczkowatych), limfocytów 44%, monocytów 2%; na rozmazach, jak poprzednio (b. rzadko erytroblast). Retikulocytów 2,6%. Płytek 8,000.

Dn. 1. I. 1933 r. we krwi: Hb 37%, czerw. kr. 1,900,000, wsk. barwny 1,0, białych ciałek 300, ze wzorem: obojętnochłonnych 49% (w tem myelocytów 1%, metamyeloc. 1%, pałeczkowatych 6%), limfocytów 46%, monocytów 5%. 2 erytroblasty na 2 rozmazach. Retikulocytów 3,3%. Płytek 12,000. Od dnia 1. I. rozpoczęto zastrzyki dopośladkowe krwi obcej w ilości 30 cm³ co 3-ci, a później co 2-gi dzień (ogółem zastrzyków tych chory dostał 6).

W ciągu następnych 5 dni samopoczucie chorego nieco gorsze, znaczne osłabienie, poty. Wahania T° do 38°, tętno około 120/min. W płucach objawy przedmiotowe bez zmian. Śledziona na 3 palce, nieco wrażliwa, twarda. Znaczne obrzęki stóp, przyczem nie stwierdza się bolesności ani zgrubień wzdłuż dużych pni żylnych na dolnych kończynach. Plwocina na dnie kufla podbarwiona krwią.

Badanie krwi 5. I.: Hb 37%, czerw. krw. 1,920,000, wsk. barwny 1,0. Niewielki, lecz pomimo to wyraźny wzrost ilości białych ciałek do 720, przyczem odsetkowa zawartość młodych postaci obojętnochłonnych wzmogła się: obojętnochłonnych 58%, w czem myelocytów 2%, metamyeloc. 3%, pałeczkowatych 10%; limfocytów 34%, monocytów 8%. Anizocytoza nieco mniejsza, zrzadka poikilocyt lub polichromatofil, retikulocytów 4,5%. Limfocyty w 1/2 z rzędu plazmatycznych, zrzadka ciałko młode. Obojętnochłonne o drobnej ziarnistości, bez zmian toksycznych. Płytki b. skąpo, znaczna ich część o typie olbrzymich. Czas krwawienia 4,5 min., czas krzepnięcia 5,5 min., objaw opaskowy ujemny, ilość płytek nadal b. niska — 8,000.

W ciągu następnych dni zaznacza się w stanie chorego wyraźna poprawa, niedotycząca, niestety, objawów fizykalnych w płucach i T°, której wahania sięgają nadal 39,2°. Natomiast obrzęki stóp prawie znikają; samopoczucie stopniowo się polepsza i — co ważniejsze — następuje pomyślny zwrot w obrazie krwi, odnoszący się zwłaszcza do leukocytów i płytek.

Tak więc dn. 10. I. Hb wynosi 38%, ilość czerw. kr. 2,400,000, wsk. barwny 0,8, ilość białych ciałek wzrasta do 1,290, z wzorem: obojętnochłonnych 69%, w czem myelocytów 1%, metamyeloc. 1,5%, pałeczkowatych 17,25%; limfocytów 22,5%, monocytów 7,5%, tucznych 1%. Czerwone krążki wykazują mierną anizocytozę (mikro- i makrocyty), b. rzadko poikilocyt lub polichromatofil. Pomiędzy obojętnochłonnemi bardzo rzadko ciałko z wodniczkami w zarodzi. Nieliczne młode limfocyty. Płytki znacznie obficiej, niż poprzednio, często egzemplarze olbrzymie, 1—2 megakarjocyty na rozmazie. Retikulocytów 5,8%.

Próba z czerwienią Kongo ujemna, zresztą śledziona stopniowo się zmniejsza tak, iż od 16. I. wyczuwalny jest tylko jej rąbek.

Badanie krwi dn. 14. I. dowodzi dalszej poprawy: Hb 43%, czerw. kr. 2,500.000, białych ciałek 2,230 (nadal obecne myelocyty obojętnochłonne i 17,5% pałeczkowatych). Retikulocytów 6,3%. Płytek 125,000, po kilkanaście megakarjocytów na rozmazie.

Dn. 19. I. zawartość Hb wynosi 47%, czerw. kr. 2,820,000, ilość białych ciałek 4,200, z wzorem: obojętnochłonnych 79,25% (w czem myelocytów 1,5%, metamyeloc. 1,5%, pałeczkowatych 14,75%), limfocytów 14%, monocytów 6,75%. Anizocytoza mniejsza, raczej zaznaczona w kierunku mikrocytozy, zrzadka ciałko z lekko zaznaczoną polichromatofilją, jeszcze rzadziej poikilocyt. Zrzadka megakarjocyt na rozmazie. Płytek 140,000. Czas krwawienia 1 min., czas krzepnięcia 7 min., objaw opaskowy ujemny. Retikulocytów 7,2%. Dnia tego spróbowano założyć sztuczną odmę piersiową: nakłucie w IV przestrz. w 1. pach. śr. lewej, wahania ciśnienia małe, wpuszczono 200 cm³ powietrza, rentgenologicznie odmy uwidocznić się nie dało (obraz płuc jak przy pierwszem prześwietleniu).

Dn. 24. I. dopełnienie odmy (300 cm³), która spowodowała zapadnięcie się płuca lewego. T° w ciągu tego okresu o typie przepuszczającym, wzniesienia nie przekraczają już 38°. Samopoczucie chorego lepsze. Kaszle i odpluwa niewiele, minimalna domieszka krwawa w plwocinie.

Dn. 23. I. powtórzono badanie dna ocznego, które wykazało wchłanianie się wylewu siatkówkowego po stronie prawej.

W ciągu następnych 3 tygodni pobytu chorego w szpitalu wahania ciepłoty nie przekraczały 38°; stan objektywny chorego był niezły, skąpe odpluwanie z domieszką krwi utrzymywało się nadal, jak również nieobfite krwawienia z nosa. Prześwietlenie klatki piersiowej wykazało odmę lewostronną z zapadnięciem się płuca do połowy i od strony śródpiersia; w górnej części widać jamę, w dolnej — plamiste zacienienie, w kącie przeponowo-żebrowym nieco płynu.

W dolnej części prawego płuca zjawiły się, poprzednio niewidoczne, ogniska cieniowe, plamkowate.

W połowie lutego chory przybrał na wadze 2,4 kg. Badanie krwi w dn. 25. II. wykazało: Hb 53%, czerw. kr. 3,000,000, białych ciałek 6,800; obojętnochłonnych 84% (w tem 15% metamyelocytów, pałeczkowatych 4,5%), limfocytów 7,5%, monocytów 6,25%, tucznych 1,25%; zjawiły się kwasochłonne w ilości 1%. Preparaty barwione wykazały, poza nieznaczną anizocytozą i skąpemi płytkami olbrzymiemi, naogół obraz prawidłowy. Retikulocytów 12,5%. Czas krwawienia 3 min., czas krzepnięcia 9 min., płytek 120,000, objaw opaskowy ujemny.

Badanie krwi dn. 13. II. wykazało: Hb 72%, czerw. kr. 3,750,000, wsk. barwny 0,9; białych ciałek 9,200: obojętnochłonnych 67% (w tem pałeczkowatych 17%), limfocytów 28%, monocytów 5%. Krew pod mikroskopem przedstawia się prawidłowo.

Dn. 17. II. chory wypisał się na żądanie rodziny ze szpitala.

* * *

Powyższy niecodzienny przypadek, którego kliniczny przebieg w krótkości został podany, zasługuje na uwagę przedewszystkiem ze względu na występujący w nim zespół objawów hematologicznych, których stopniowy rozwój i późniejsze cofanie się mieliśmy możność w ciągu naszej obserwacji szpitalnej dokładnie spostrzegać. Jak to wynika z karty szpitalnej, pierwsze badanie krwi wykonane dn. 18. XII. 1932 r., t. zn. nazajutrz po przybyciu chorego do szpitala, wykazało wybitną względną (81%) i bezwzględną limfocytozę przy całkowitej ilości białych ciałek równej 9,300; przytem ilość płytek była nieznacznie zmniejszona, zawartość hemoglobiny i czerwonych krążków była prawidłowa.

Limfocytoza z neutropenją (przy normalnej ilości białych ciałek) nie należy do rzadkości w przebiegu przewlekłej gruźlicy płuc, — będąc dowodem zachowania sił obronnych ustroju w walce z czynnikiem infekcyjno-toksycznym i stanowiąc objaw prognostycznie pomyślny. W naszym przypadku reakcja limfocytowa przekraczała jednak liczby, spotykane zwykle w klinice suchot płucnych, świadcząc o znaczniejszem podrażnieniu narządów limfoblastycznych, z jednoczesnem pewnem upośledzeniem czynności szpiku kostnego w stosunku do granulocytów i płytek.

Jeśli te właśnie dyskretne objawy ze strony granulocytów i płytek powiązać w całość z równocześnie stwierdzaną bolesnością opukową mostka, jasnem się staje, iż stanowiły one pierwszy etap rozwijającego się już w tym okresie porażenia szpiku. I oto w ciągu najbliższych 9 dni w obrazie hematologicznym zachodzą zasadnicze i rozległe zmiany: wykonane dn. 27. XII. następne badanie krwi wykazuje gwałtowny spadek ilości białych ciałek (do 200 w 1 mm³), graniczący niemal z zupełnym ich brakiem, a dotyczący koncentrycznie zarówno granulocytów (48% = 96 ciałek w 1 mm³!), jak i limfocytów (52% = 104 ciałka w 1 mm³!); jednocześnie obniża się nagle i znacznie ilość czerwonych krążków (do 1,870,000) i hemoglobiny (do 39%) oraz płytek (do 9,000), przyczem na dnie oka stwierdza się wylew krwawy, a badanie w kierunku skazy krwotocznej wykazuje wybitne przedłużenie czasu krwawienia. Wymiary śledziony, powiększone już poprzednio, nie wykazują w tym okresie dalszych zmian, gruczoły chłonne są nadal niepowiększone, bolesność opukowa mostka ustępuje, w zakresie innych kości nie daje się stwierdzić, bilirubinemja jest niemal prawidłowa, oporność czerwonych krążków normalna.

W spostrzeganym dn. 27 i 28 XII. obrazie krwi podkreślić należy — w odniesieniu do składników morfologicznych pochodzenia szpikowego — znacznie bardziej stromy i wybitny spadek ilości białych ciałek i płytek niż erytrocytów, oraz brak we krwi niedojrzałych postaci granulocytów (i megakarjocytów), natomiast obecność polichromatofilów, jądrzastych czerwonych krążków i retikulocytów. To charakterystyczne zachowanie się leukocytów, płytek i erytrocytów przemawiało za tem, iż leuko- i tromboblastyczna czynność szpiku została wybiórczo najsilniej uszkodzona; w zakresie erytropoezy zaburzenia były słabiej zaznaczone, z zachowaniem procesów odrodczych.

Chcąc ustalić anatomiczne i czynnościowe podłoże tych zjawisk, wykonaliśmy nakłucie mostka; w wyniku biopsji szpiku otrzymaliśmy obraz utkania ubogiego w komórki, myeloblastycznego, pozbawionego megakarjocytów, zawierającego niewielką tylko ilość młodych postaci erytrocytów. Obraz ten, wyraźnie aplastyczny, niewątpliwie uzależniał wystąpienie zespołu agranulocytozy, trombopenji i niedokrewności od porażenia krwiotwórczej czynności szpiku.

Jeżeli przypuścić, iż całe utkanie szpikowe w ustroju uległo takim zmianom, jakie stwierdziliśmy w mostku, należało odrzucić hipotezę powstrzymania odpływu granulocytów i płytek ze szpiku do krwiobiegu (*„Knochenmarksperre“*) jako przyczynę agranulocytozy i małopłytkowości w naszym przypadku.

Pomimo iż od dn. 29. XII. do 8. I. obraz krwi nie wykazywał wyraźnego zwiększania się ilości erytrocytów, leukocytów i płytek, w okresie tym wystąpił stały wzrost zawartości retikulocytów i młodych postaci obojętnochłonnych. Dzięki temu np. w wyniku badania krwi z dn. 8. I. stwierdzić się dało pozornie paradoksalne zespolenie agranulocytozy i niedokrwistości typu aplastycznego, wzgl. hipoplastycznego, z myelo- i metamyelocytozą oraz znaczną, bo równą 4,5%, zawartością retikulocytów. Obecność myelocytów we krwi, będąca objawem regeneracyjnym, mogła tu być zarazem dowodem pewnego upośledzenia czyn-

ności szpiku, który nie był w stanie powstrzymać odpływu młodych, nieprzeznaczonych do obiegu ciałek, tak, jak to ma miejsce w warunkach prawidłowych. Po tym okresie zapowiadającym, w którym występowały jedynie zmiany jakościowe, — rozpoczyna się od dn. 10. I. właściwy okres poprawy, nacechowany stałym wzrostem ilości poszczególnych składników krwi. Poprawa ta zależała niewątpliwie od cofania się tych uogólnionych zaburzeń w czynności szpiku, dzięki którym cykl rozwojowy ciałek rzędu szpikowego przerywał się na poziomie zbliżonym do komórki macierzystej (por. obecność myeloblastów w szpiku z nakłutego mostka). Niepodobna stwierdzić, w jakim stopniu poprawa ta miała swój odpowiednik anatomiczny w rozroście ocalałych wysepek tkanki szpikowej; zaznaczyć należy, iż wysepki takie stwierdzane były przez Franka (*N. Deutsche Klinik*, T. IV, str. 425) nawet w przypadkach zupełnej *panmyelophtisis*, w której z reguły brak było we krwi retikulocytów oraz jądrzastych i wielobarwliwych czerwonych krążków.

W przypadku naszym, przy rozpatrywaniu przyczyn niedokrwistości, liczyć się należało również z możliwością nasilenia krwiobójczej czynności śledziony (*hypersplenia*), — przypuszczenie to jednak nie znajdowało potwierdzenia ani w niskim poziomie bilirubinemji, ani też w prawidłowej oporności czerwonych krążków.

Pewne rozkojarzenie pomiędzy ilością płytek, a występowaniem objawów skazy krwotocznej zasługuje w naszym przypadku na szczególne podkreślenie. Tak więc dn. 24. XII., przy ilości płytek = 90,000 i niemal prawidłowym czasie krwawienia, wystąpiło samoistne krwawienie z nosa i krwioplucie; objaw opaskowy wypadł słabo dodatnio. Dn. 27. XII., w okresie gwałtownego spadku ilości płytek (do 9,000), czas krwawienia uległ znacznemu wydłużeniu (do 17 min.), — jednocześnie stwierdziliśmy na dnie oka wylew krwawy, przy objawie opaskowym słabo dodatnim. Po 7 dniach jednak, przy niższej jeszcze, bo równej zaledwie 8,000, ilości płytek, — objawy skazy krwotocznej samoistnej nie występowały prawie zupełnie, czas krwawienia wykazywał jedynie niewielkie odchylenie od normy, objaw opaskowy był ujemny, — mieliśmy tu więc do czynienia z częściowem utajeniem skazy krwotocznej [2]).

Na marginesie skazy krwotocznej w naszym przypadku podkreślić należy, iż ostre jej występowanie w przebiegu gruźlicy płucnej jest rzeczą bardzo rzadką; na naszym materjale obserwujemy ostrą małopłytkowość u chorego z gruźlicą płuc po raz drugi (p. E. Steffen: O krwawieniach płucnych. Gruźlica. T. VI. 1931).

Wspominaliśmy już poprzednio o wybitnym udziale limfocytów w obrazie niemal zupełnej aleukji, spostrzeganej u naszego chorego; niestety o ile w dokładnej ocenie zmian, zachodzących w szpiku, oprzeć się możemy na bogatym materjale licznych badań laboratoryjnych (nakłucie mostka, barwienie przyżyciowe czerwonych krążków, obliczanie płytek), — o tyle pomoc ta w odniesieniu do układu limfoblastycznego w znacznie węższych mieści się granicach.

Obserwując zachowanie się limfocytów w naszym przypadku, widzimy, iż zmiany ich ilości we krwi — zarówno w okresie aleukji, jak i podczas późniejszego wyrównania się zaburzeń — szły niemal równolegle do wahań pozostałych składników morfotycznych krwi. Jeśli uwzględnić przytem daleko posuniętą autonomję układów limfocytowego i szpikowego oraz synchroniczne z ustępowaniem aleukji samoistne zmniejszenie się śledziony, otrzymamy obraz jednolity, wskazujący na wspólną przyczynę wszystkich tych zjawisk: przyczyną tą, porażającą naraz cały układ krwiotwórczy i powodującą przytem splenomegalję, mógł tu być jedynie czynnik infekcyjno-toksyczny; niepodobna rozstrzygnąć, czy było to jakieś odrębne nasilenie zakażenia gruźliczego, czy też zakażenie dodatkowe — nawarstwione na gruźlicę. Czy w całokształcie zjawisk chorobowych w naszym przypadku śledziona, z jej ostrem obrzmieniem, nie wywołała zahamowania czynności szpiku drogą pośrednią, hormonalną — ta kwestja pozostaje otwartą. Co do powiększenia śledziony, — to w świetle całego przebiegu klinicznego nastręcza się tu raczej rozpoznanie ostrego (septycznego) jej obrzmienia. A jednak zanim śledziona zaczęła się zmniejszać, wątpliwości rozpoznawcze były znaczne. Ujemny wynik próby adrenalinowej, w łączności ze znacznem powiększeniem wymiarów śledziony, nakazywał myśleć o jakiejś rozległej anatomicznej sprawie w tym narządzie. Oczywiście w grę wchodziła tu przedewszystkiem, wobec istniejących zmian płucnych, gruźlica śledziony. Coprawda, sprawa ta w postaci guzkowej cechuje się zazwyczaj czerwienicą, — gdy przeciwnie — w naszym przypadku mieliśmy do czynienia z wybitnem porażeniem czynności krwiotwórczej szpiku kostnego. Względnie szybkie następcze zmniejszenie się śledziony pozwoliło nam wyłączyć tę sprawę, jak również gruźlicę śledziony prosówkową, zarówno odosobnioną, jak i będącą tylko częścią składową obrazu prosówki uogólnionej.

W każdym razie możliwość sprawy gruźliczej pozapłucnej była narazie przeciwwskazaniem do założenia odmy piersiowej sztucznej, którą też wykonaliśmy dopiero w czasie ustępowania ciężkich objawów szpikowych i splenomegalji.

Z innych postaci klinicznych splenomegalji musieliśmy wziąć w naszym przypadku pod rozwagę możliwość ziarnicy złośliwej (*lymphogranulomatosis maligna*) z odosobnionem umiejscowieniem śledzionowem, tem bardziej, iż w schorzeniu tem stwierdza się nieraz hipersplenję z objawami skazy krwotocznej małopłytkowej (rzecz niespotykana nigdy w przebiegu innych postaci ziarnicy). Późniejsze samoistne zmniejszenie się śledziony przemawia stanowczo przeciwko rozpoznaniu tej sprawy.

Z innych możliwości, któreby tu w grę wchodzić mogły, odrzuciliśmy również limfadenozę aleukemiczną, bowiem mieliśmy w naszym przypadku do czynienia z tak wielkim spadkiem ilości wszystkich rodzajów białych ciałek we krwi, jakich nigdy się nie spotyka w białaczkach aleukemicznych.

Obecność jamistej gruźlicy płuc u naszego chorego mogła przemawiać za możliwością skrobiawicy śledziony, jednak brak jakichkolwiek objawów amyloidozy innych narządów (jak np. białkomoczu i biegunek), ujemna próba z czerwienią Kongo oraz dalszy przebieg przypadku pozwoliły możliwość tę odrzucić.

Gwałtowny i znaczny spadek ilości białych ciałek we krwi należy do głównych objawów w obrazie agranulocytozy typu Schultza; spadek ten jednak — przynajmniej w ostro przebiegających przypadkach — nie dotyczy płytek, wobec czego brak jest objawów skazy krwotocznej; procesy erytroblastyczne szpiku nie są uszkodzone, zawartość limfocytów we krwi jest naogół prawidłowa. Klinicznie przypadki agranulocytozy typu Schultza charakteryzują się burzliwym przebiegiem z ciężkiemi zmianami martwiczemi, zwłaszcza w gardzieli, stanem podżółtaczkowym i przeważnie dającem się stwierdzić obrzmieniem licznych gruczołów chłonnych. Jak widzimy więc, nasz przypadek nie może być tu zaliczony. Również zespoły kliniczne aleukji Franka i — w znaczniejszym jeszcze stopniu — *panmyelophtisis* Franka (wzgl. *anaemiae aplasticae* Ehrlicha) — dają obrazy kliniczne nader ciężkie, nieodwracalne wówczas, gdy u naszego chorego przebieg był niezwykle łagodny, a objawy ze strony krwi ustąpiły szybko i zupełnie.

Zaznaczyć należy, iż dwutygodniowy okres porażenia narządów krwiotwórczych w niczem nie wpłynął ani na krzywą ciepłoty i objawy ze strony płuc, ani na stan podmiotowy chorego. Prognostycznie mogło się zdawać, iż wybitne porażenie układu krwiotwórczego w przebiegu ciężkiej jamistej gruźlicy płuc powinno mieć niepomyślne zejście. Dobrotliwy przebieg oraz szybkie ustąpienie aleukji i trombopenji świadczyły jednak, iż powikłanie to należało do rzędu przemijających i nie zaciążyło bezwzględnie niepomyślnie na rokowaniu.

Czy wiązać to należy ze skutecznością zastosowanego leczenia?

Bądźcobądź jednorazowe przetoczenie bezpośrednie i wielokrotne zastrzyki domięśniowe krwi obcej, w połączeniu z adrenaliną i podawaniem wątroby, w krótkim czasie pomogły ustrojowi zwalczyć stan toksyczny i zmusiły porażony układ krwiotwórczy do podjęcia pracy.

U chorego naszego nie stosowaliśmy naświetlań kości długich drażniącemi dawkami promieni Roentgena (wg. metody Friedemanna) ze względu na nastręczające się trudności techniczne; jak wiadomo, ten sposób postępowania leczniczego w *aleukia haemorrhagica* rywalizuje skutecznie z przetaczaniem krwi [3]).

---

[2]) O występowaniu skazy krwotocznej niezależnie od ilości płytek pisali przed 2 laty Landau i Hejman. Przypadek powyższy w zupełności potwierdza słuszność ich poglądów.

[3]) Przy sposobności wspomnieć należy o nowej metodzie zwalczania agranulocytozy zapomocą domięśniowych lub dożylnych zastrzyków nukleotydu pentozowego K 96. Metoda ta powstała w Ameryce i wyniki jej badane były przez specjalną komisję uniwersytetu w Harvard. W 75% przypadków agranulocytozy, leczonej nukleotydem K 96, uzyskano wyzdrowienie chorych wówczas, gdy zbiorowa amerykańska statystyka 328 przypadków, leczonych innemi metodami, podaje tylko 47% pomyślnych wyników radjoterapji i 37% przy stosowaniu przetaczań krwi. Nukleotyd K 96 (Smith, Kline i French, Philadelphia) stosuje się w ilości 1 amp. dziennie: zwykle po 5 dniach występuje poprawa w stanie chorego (Jackson, Parker i Taylor).

Cyt. wg. *Blutkrankheiten. Morawitz i Brugsch. I. Ergänzungsband. N. Deutsche Klin.* 1933.

Na zakończenie pragniemy zwrócić uwagę na pewien szczegół, a mianowicie na obecność w plwocinie chorego licznych obojętnochłonnych i limfocytów w okresie niemal zupełnego ich braku we krwi. Wynika stąd, iż ustrój, nawet w chwilach najcięższych, był jeszcze w stanie zmobilizować na polu walki w płucach niedobitki swej siły obronnej. Możliwe, iż grał tu rolę wpływ chemotaktyczny dodatni prątków gruźliczych. W każdym razie spostrzeżenie to stoi w sprzeczności z ogólnie utartym poglądem, iż w stanie ciężkiej agranulocytozy ustrój niezdolny jest do odczynu ropnego.

Aleukja krwotoczna należy do rzędu zespołów klinicznych, z któremi spotykamy się nieczęsto. Nie ta jednak względna jej rzadkość skłoniła nas do opublikowania powyższych naszych spostrzeżeń, w wyłącznym celu dorzucenia jeszcze jednego przypadku do istniejącej już kazuistyki. Przypadek nasz należy raczej rozpatrywać pod kątem tych jego cech, które nie figurują w dotychczasowem piśmiennictwie jako zwykłe i poniekąd typowe. Do tych cech wyjątkowych w pierwszym rzędzie zaliczyć należy fakt porażenia całego układu krwiotwórczego, włącznie z limfoblastycznym, oraz obecność we krwi obwodowej myelocytów, retikulocytów, jądrzastych krwinek czerwonych i polichromatofilów w okresie trwającego porażenia hemopoezy szpikowej.

J. KOCHAJ i J. WOLF. Lwów.

Dwa przypadki uwięźnięcia wewnętrznych przepuklin okołopęcherzowych. *(Hernia supravesicalis praeperitonealis).*

Z Oddziału Chirurgicznego Państw. Szpit. powsz. we Lwowie.
Ordynator: Prof. Dr. T. Ostrowski.

W porównaniu z przepuklinami zewnętrznemi przepukliny wewnętrzne, uwięźnięte w poprzednio istniejących workach przepuklinowych względnie w fałdach otrzewnowych, sa bardzo rzadkie. W okolicy pęcherza moczowego i miednicy małej zachodzą przepukliny wewnętrzne, grupujące się jużto przed pęcherzem moczowym, jużto poza nim. Pozapęcherzowa przepuklina *(hernia retrovesicalis interna)* powstaje wtedy, gdy wytworzą się półksiężycowate zdwojenia otrzewnowe, biegnące od tylnej ściany pęcherza do okolicy stawu krzyżowo-biodrowego, zamieniając w ten sposób zagłębienie odbytniczo-pęcherzowe *(excavatio recto-vesicalis)* przez zwężenie wejścia do niego w uchyłek otrzewnowy, w którym łatwo może dojść do uwięźnięcia jelita lub sieci.

Przepukliny przedpęcherzowe można podzielić na zewnętrzne i wewnętrzne. Przepukliny zewnętrzne dotyczą przeważnie mężczyzn w średnim wieku, najczęściej jako t. zw. *hernia properitonealis inguinalis*, o wyjściu w dole pachwinowym przyśrodkowym i bocznym *(fovea inguinalis medialis et lateralis)*, rozwijają się niezależnie od kanału pachwinowego i, posuwając się przyśrodkowo lub bocznie podotrzewnowo, przekraczają powłoki brzuszne i wychodzą nazewnątrz jako przepukliny linji środkowej, dalej jako przepuklina poprzecznieodbytnicza, przyodbytnicza, pachwinowa i udowa *(hernia transrectalis, pararectalis, inguinalis, femoralis)* i t. d. Brama przepuklinowa jest zwykle wąska, worek wydłużony najczęściej zawiera sieć lub jedną pętlę jelita. Przepukliny wewnętrzne okołopęcherzowe tworzą tylko wypuklenia otrzewnowe, wychodzą z dołu nadpęcherzowego i pachwinowego pośrodkowego *(fovea supravesicalis et inguinalis medialis)*, a więc między fałdem pępkowym pośrodkowym a bocznym *(plica umbilicalis medialis et lateralis)* lub pępkowym bocznym a nadbrzusznym *(pl. umbilicalis lateralis et epigastrica)*, w miejscu przejścia otrzewnej ściennej na pęcherz i usadawiają się przed pęcherzem pomiędzy mięśniami powłok i kością łonową a pęcherzem.

Maydl w swojej *„Lehre von den Unterleibsbrüchen"* podaje, że pierwszy Hartung w r. 1856 opisał przypadek t. zw. *hernia praeperitonealis* pod nazwą *„Diverticula peritonealia mit innerer Incarceration"*. Po obu stronach pęcherza stwierdził on dwa otwory, prowadzące do jam wyścielonych otrzewną. Linhard zaproponował dla tych przypadków nazwę: *hernia retroperitonealis parietalis*. Klebs proponuje dla przepuklin tych nazwę *hernia retroperitonealis anterior*, twierdząc, że jest to tylko zmieniona co do punktu wyjścia przepuklina pachwinowa wewnętrzna. Maydl proponuje dla przepuklin tych nazwę *hernia supravesicalis praeperitonealis*, ponieważ nazwa ta zawiera dokładne anatomiczne określenie położenia bramy przepuklinowej i umiejscowienia worka przepuklinowego, podczas gdy nazwa poprzednia tego nie tłumaczyła. Waldayer w roku 1895 wystąpił z twierdzeniem, że spowodu nadmiernego rozwoju fałdów *(plicae)* pęcherzowo-pępkowych bocznych, tętnice pępkowe, przebiegające w nich, mogą posiadać własną krezkę 4—5 cm wysoką tak, że przy napinaniu powłok brzusznych tworzą doły pępkowe głębokie uchyłki, nie jest więc wykluczonem, że tak silnie rozwinięte fałdy pępkowe mogą być przyczyną powstania wewnętrznego uwięźnięcia. Reich tłumaczy tworzenie głębszych wypukleń otrzewnowych pomiędzy fałdem pępkowym pośrodkowym a bocznym istnieniem w życiu płodowem stale własnych krezek dla przewodu omoczni *(urachus)* i tętnic pępkowych, które tworzą wybitnie zaznaczone zdwojenia otrzewnowe. W życiu popłodowem zdwojenia te ulegają zanikowi względnie nie rozwijają się dalej i pozostają jako szczątkowe, mało wystające fałdy. Jeśli jednak fałdy te nadal się utrzymują, są wówczas powodem powstania dużych zagłębień ponad pęcherzem, co stwarza warunki dla łatwiejszego powstania w tem miejscu później worków przepuklinowych. Wedle autorów tych można więc przyjąć, że tworzenie się przepuklin wewnętrznych ponadpęcherzowych dochodzi do skutku na tle wrodzonego podłoża w związku z rozwojem przewodu omoczni i tętnic pępkowych. Rolę w wytworzeniu właściwych przepuklin odgrywa przytem wzmożone ciśnienie wewnątrzbrzuszne w łączności z istniejącem utrudnieniem oddawania stolca i moczu, przewlekłym kaszlem, zawodem osobnika i t. p.

W ubiegłym roku operowane były na naszym oddziale dwa przypadki przepuklin okołopęcherzowych.

Przypadek 1. Chora lat 65 podaje, że od kilku lat cierpi na napadowe bóle w dolnych częściach brzucha, które zwykle pod wpływem gorących okładów i leżenia szybko mijały. Przed 10 dniami pojawiły się silniejsze niż zwykle bóle całego brzucha, wystąpiły wymioty i biegunki, ostatnio od 2 dni bóle te przybrały na nasileniu, wystąpiło zaparcie stolca i wiatrów i częste wymioty. Chora zauważyła, że niekiedy w czasie bólów występowały objawy pęcherzowe pod postacią parcia na mocz i częstego jego oddawania. Objawy te również obecnie wystąpiły i utrzymują się.

Stan obecny: Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia podupadłego. Płuca w granicach obniżonych, wszędzie słyszalne słabe szmery pęcherzykowe. Serce w granicach odpowiednich, słyszalne po dwa tony, nieco głuche. Brzuch w całości silnie wzdęty, w dolnych partjach zwłaszcza ponad spojeniem łonowem bolesny. Ponad spojeniem wyczuwa się opór o kształcie kulistym wielkości główki dziecka, elastyczny, nieprzesuwalny. Badanie *per rectum* zmian żadnych nie wykazuje, *per vaginam* macica przemieszczona do tyłu, ruchoma, sklepienie przednie obniżone, tkliwe. Kończyny bez zmian. Badany mocz zmian patologicznych nie wykazuje. Ciepłota prawidłowa, tętno 80.

Na podstawie istniejących objawów rozpoznaliśmy niedrożność przewodu pokarmowego. Ze względu na przewlekły przebieg choroby przypuszczaliśmy, że mamy tu do czynienia albo ze skręconą torbielą jajnikową lub wgłobieniem jelita, względnie z uwięźniętą wewnętrzną przepukliną w okolicy ponadłonowej.

W znieczuleniu lędźwiowem przystąpiono do zabiegu. Cięciem w linji środkowej poniżej pępka otwarto jamę brzuszną, stwierdzając w niej dużą ilość płynu surowiczo-krwawego. Większość jelit cienkich bardzo znacznie rozdęta, o ścianach przekrwionych i nacieczonych, pozostała część jak również jelito grube zapadnięte. Wyczuwalny opór leży pod spojeniem łonowem, odpychając pęcherz do tyłu. Do guza tego biegną dwie pętle jelita cienkiego, rozdęta doprowadzająca i zapadnięta odprowadzająca. Po stronie lewej tuż ponad pęcherzem w *fovea supravesicalis* między *plica umbilicalis medialis* a *plica umbilicalis lateralis sinistra* w otworze o średnicy około 2 cm giną obydwie pętle. Wobec tego nacięto pierścień zaciskający i uwolniono z worka przepuklinowego około 75 cm jelita cienkiego również silnie przekrwionego i nacieczonego. W miejscu uciśniętem przez pierścień zmian zgorzelinowych nie stwierdzono. Jelito po dłuższej kąpieli w roztworze płynu fizjologicznego wpuszczono do jamy brzusznej. Brama przepuklinowa prowadziła do worka kulistego o średnicy około 10 cm, leżącego pozaotrzewnowo, pomiędzy mięśniami powłok brzusznych i spojeniem łonowem a pęcherzem. Worek otrzewnowy po usunięciu płynu wysiękowego wytarto jodyną, brzegi pierścienia zeszyto szwami strunowemi, jamę brzuszną zeszyto szwem trójwarstwowym na głucho.

Przebieg pooperacyjny w pierwszych dniach dosyć ciężki, po oddaniu w trzecim dniu stolca znacznie się poprawił. Przez szereg dni chora ma trudności w oddawaniu moczu, który początkowo spuszczano cewnikiem. Trudności te powoli ustępowały tak, że od ósmego dnia po zabiegu chora oddaje mocz prawidłowo. Rana zagojona przez rychłozrost. Piętnastego dnia po zabiegu opuściła chora szpital wyleczona.

Przypadek 2. Chory lat 62 podaje, że zachorował przed trzema dniami wśród objawów silnych bólów kurczowych w zakresie jamy brzusznej, zwłaszcza w dolnych częściach, uporczywych wymiotów, jak również zatrzymania wiatrów i stolca. Objawy te przybrały na sile, wymioty już w drugim dniu miały charakter wymiotów kałowych. Na zaburzenia ze strony pęcherza moczowego nie skarżył się.

Stan obecny: Chory budowy prawidłowej, odżywienia lichego. Narządy klatki piersiowej bez zmian. Brzuch silnie wzdęty, powłoki o silnie rozwiniętej obronie mięśniowej. Spowodu bolesności całego brzucha dokładniejsze badanie niemożliwe. Kończyny bez zmian. Badanie *per rectum* — zatoka Douglasa wypełniona, nieco tkliwa. Mocz bez zmian, ciepłota prawidłowa, tętno silnie przyśpieszone, dość dobrze napięte.

Z rozpoznaniem ostrej niedrożności jelit przystąpiono do zabiegu. W narkozie eterowej otwarto jamę brzuszną w linji środkowej poniżej pępka, stwierdzając w niej wielką ilość płynu surowiczo-krwawego. Po prawej stronie jamy brzusznej, powyżej spojenia łonowego stwierdzono guz wielkości pięści, pokryty otrzewną ścienną. Do guza tego zdążają i giną w nim dwie pętle jelita cienkiego, silnie rozdęta doprowadzająca i zapadnięta odprowadzająca. Po nacięciu pierścienia zaciskającego pętle, uwolniono około 15 cm zgorzelinowo zmienionego jelita cienkiego. Zmienioną pętlę jelita wycięto i wykonano zespolenie bok do boku. Treścią przepukliny obok jelita był płyn krwawo-ropny, silnie cuchnący. Przy bliższem badaniu okazało się, że brama przepukliny leży na prawo od linji środkowej tuż ponad pęcherzem w *fovea supravesicalis*, utworzony zaś z otrzewnej worek przepuklinowy leżał między powłokami jamy brzusznej a pęcherzem moczowym, przemieszczając go ku tyłowi. Pierścień przepuklinowy po oczyszczeniu worka przepuklinowego, zeszyto szwami węzełkowemi.

Stan chorego po zabiegu operacyjnym ciężki. Mimo stosowania wszelkich środków nie można uzyskać wypróżnienia, wymioty utrzymują się, brzuch wzdęty i bolesny. Ciepłota od drugiego dnia po zabiegu wzrasta wśród objawów odoskrzelikowego zapalenia płuc. Dopiero w piątym dniu po zabiegu odeszło nieco stolca i wiatrów, oraz uspokoiły się uporczywie dotychczas utrzymujące się wymioty. Szóstego dnia wśród wzmagających się objawów niedomogi mięśnia sercowego chory zmarł. Sekcja zwłok wykonana w Zakładzie Anatomji Patologicznej U. J. K. we Lwowie wykazała: posuwającą się zgorzel jelita biodrowego w okolicy szwu, ogólne suche zapalenie otrzewnej, zrosty opłucnowe, odoskrzelikowe zapalenie płuc, zwyrodnienie mięśnia sercowego, rozstrzeń prawej komory.

Przypadki powyżej opisane różnią się między sobą pod względem klinicznych objawów. W przypadku pierwszym w wywiadach napotykamy na dane, które pozwalają nam przyjąć, że uwięźnięcie powtarzało się od szeregu lat dosyć często. Chora podawała, że leczyła się spowodu dolegliwości pęcherzowych, które widocznie w czasie poprzednich uwięźnięć na pierwszy plan występowały, lekarz jednak, do którego po radę się zwracała, nie mając nigdy sposobności badania jej w czasie napadu bólów, zmian żadnych stwierdzić nie mógł. Dopiero w ostatnim napadzie z objawami stałego uwięźnięcia badanie cystoskopowe wykazało wypuklenie się ściany przedniej i górnej pęcherza, bez widocznych zmian na błonie śluzowej. W przypadku tym wyczuwało się badaniem również duży opór ponad spojeniem łonowem.

W przypadku drugim, chory zgłosił się z objawami niedrożności jelit, bez jakichkolwiek danych ze strony pęcherza moczowego, jak i możliwości stwierdzenia oporu ponad spojeniem łonowem. Rozpoznania ścisłego w żadnym z powyższych przypadków postawić nie mogliśmy, jakkolwiek w pierwszym przypuszczaliśmy między innemi, że mamy tu do czynienia z uwięźnięciem przepukliny wewnętrznej.

Co się tyczy stosunków anatomicznych, to w obu przypadkach przedstawiały się jednakowo. W *fovea supravesicalis* stwierdziliśmy w miejscu przejścia otrzewnej na pęcherz otwór prowadzący do worka przepuklinowego. Tak w jednym jak i w drugim przypadku żadnych odchyleń w budowie przedniej jamy brzusznej nie stwierdziliśmy, tak *plica umbilicalis medialis* jak i *plicae umbilicales laterales* przebiegały prawidłowo, nie wystając więcej niż zwykle ponad poziom. *Fovea supravesicalis* w obu przypadkach była płytka, bramy przepukliny były jakby wycięte w gładkiej otrzewnej. Pierścień przepuklinowy dość twardy, zbudowany ze zdwojonej otrzewnej, na brzegach dzięki wtórnym zmianom zapalnym nabrał cech tkanki twardej, niepodatnej, przyczyniając się w ten sposób do łatwiejszego uwięźnięcia. Gdybyśmy usiłowali wytłumaczyć mechanizm powstania przepuklin w naszych przypadkach, musielibyśmy przyjąć jako jedyne nasuwające się przypuszczenie obecność wrodzonych uchyłków otrzewnej, które z biegiem czasu, pierwotnie nieznaczne, doszły do rozmiarów powyżej opisanych. W każdym razie trudno zgodzić się z twierdzeniem, ażeby przyczyną ich były anomalje w budowie fałdów pępkowych.

Piśmiennictwo:

Maydl: Die Lehre von den Unterleibsbrüchen. — Reich: Jahresber. f. Chir. 1909. — Kaufmann: Jahresber. f. Chir. 1897. — Schiele: Zbl. f. Chir. 1926. — Kirschner Nordmann: Die Chirurgie, Bd. V. — Bier-Braun-Kümmel: Chirurgische Operationslehre.

Dr. Adam ABDAŃSKI i Dr. Józef LANDSBERG. Krzemieniec.

Znieczulenie lędźwiowe perkainą ze szczególnem uwzględnieniem niedrożności jelit.

Z Oddziału Chirurgicznego Szpitala Pow. w Krzemieńcu. Dyrektor: Dr. A. Abdański.

Nie będziemy wymieniać ogólnie znanych ujemnych stron uśpienia ogólnego, które były i są ciągle jeszcze przyczyną poszukiwań innych sposobów znieczulania, mniej szkodliwego i dającego możność przeprowadzania większych zabiegów chirurgicznych. Zatrzymamy się na jednym z nich, na znieczuleniu lędźwiowem, zapoczątkowanem przez Biera i Corninga zapomocą kokainy, a ulepszanem przez innych w miarę powstawania szeregu nowych środków znieczulających, pochodnych kokainy. Wszystkie one jednak dawały nawet przy użyciu najlepszej techniki pewien odsetek powikłań, jak bóle głowy, wymioty, porażenia przemijające lub trwałe a nawet zejścia śmiertelne.

Ostatnio znajduje się w dość powszechnem użyciu perkaina, pochodna grupy chinolinowej, o działaniu trującem pięciokrotnie a znieczulającem dziesięciokrotnie większem od kokainy. Przychylne zdania o jej działaniu znalazły wyraz w pracach klinik krajowych (Zubrzycki, Gerhardt i inn.) i zagranicznych (Henschen, Christ i inn.). Od przeszło roku stosujemy i my na oddziele chirurgicznym tut. szpitala perkainę głównie do znieczuleń lędźwiowych, podczas gdy znieczulenia nasiękowe są dokonywane w dalszym ciągu zapomocą $^{1}/_{2}\%$ roztworu nowokainy, a to wobec zwiększonej toksyczności perkainy.

Nasze doświadczenia obejmują 57 przypadków; wiek chorych operowanych w znieczuleniu lędźwiowem perkainą wahał się od 19 do 72 lat. Wykonano następujące zabiegi:

1.	*Amputatio extrem. inf.*		5
2.	*Amput. supravag. uteri*		5
3.	*Appendectomia*		6
4.	*Cystis ovarii c. appendect.*		4
5.	*Colpoperineorrhaphia*		1
6.	*Arthrotom. art. talocruralis*		1
7.	*Exstirpatio uteri tot.*		6
8.	*Graviditas extraut. rupta*		1
9.	*Gastroenterostomia retrocol.*		1
10.	*Hernia lib. et incarc.*		6
11.	*Tumor reg. glut.*		1
12.	*Excisio tali*		1
13.	*Nod. haemorrhoidales*		1
14.	*Laparotomia explor.*		5
15.	*Sequestrotomia*		3
16.	*Ventrofixatio uteri*		2
17.	*Resectio ventriculi*		1
18.	*Ileus*		7
	a) *Torsio sigmoidei*	1	
	b) *Torsio mesenterii*	1	
	c) *Invag. ileocoecal.*	1	
	d) *Strangulatio*	3	
	e) *Obturatio pront. polyp. transversi*	1	

W 55 przypadkach znieczulenie było zupełne; dwa razy musieliśmy je uzupełnić nieznaczną ilością eteru. Przyczyny znieczuleń nieudałych nie mogliśmy stwierdzić. W związku z tym rodzajem znieczulenia nie zauważyliśmy poważniejszych powikłań, za wyjątkiem uporczywych bólów głowy utrzymujących się w dwóch przypadkach przez kilka dni. Znieczulenia lędźwiowego nie stosujemy zasadniczo u chorych, dotkniętych zmianami zapalnemi na skórze okolicy lędźwiowej, zmianami zapalnemi lub nowotworowemi kręgosłupa lub opon mózgowordzeniowych i rdzenia, chorobami zakaźnemi i zaburzeniami w krążeniu.

Technika znieczulenia: na 30 minut przed znieczuleniem otrzymuje chory 4 cm³ oleju kamforowego + 0,01 morfiny. Do znieczulenia przygotowujemy roczczyn perkainy w stosunku 0,1:30,0 wody w kolbce, wygotowanej uprzednio wraz z potrzebnemi do znieczulenia narzędziami w roczczynie 1:10.000 kwasu solnego. Z tego roztworu używamy do znieczulenia 2 cm³, po uprzedniem dodaniu do nich dwóch kropel adrenaliny 1:1.000. Oczyszczamy dokładnie skórę okolicy lędźwiowej benzyną i nalewką jodową, a następnie wkłuwamy igłę między 12 krąg piersiowy a 1 lędźwiowy. Po ukazaniu się płynu m.-rdz. nasadzamy strzykawkę zawierającą już 2 cm³ perkainy, naciągamy płyn m.-rdz. do 4-ch cm³ *(barbotage)* i następnie wstrzykujemy powoli całą zawartość strzykawki do kanału rdzeniowego. Wszystko to dzieje się w pozycji siedzącej chorego, w której pozostaje on przez 5 do 8 minut. W tym czasie występuje całkowite znieczulenie na ból, sięgające aż do wyrostka mieczykowatego tak, że nadaje się ono i do zabiegów w nadbrzuszu; równocześnie ulega osłabieniu względnie zniesieniu siła ruchowa kończyn dolnych. Bezpośrednio po wstrzyknięciu skarżą się czasem chorzy na przemijające nudności; wprowadzamy wtedy podskórnie 1—2 cm³ kofeiny, a pozycję zmieniamy na leżącą. Pomiary ciśnienia krwi przeprowadzone podczas naszych pierwszych znieczulań perkainą, nie wykazywały znaczniejszego obniżenia zarówno bezpośrednio po wstrzyknięciu, jak i w czasie trwania zabiegu tak, że ostatnio odstąpiliśmy od tej zasady. W żadnym wypadku nie stosowaliśmy też efedryny ani lobeliny.

Już podczas pierwszych naszych znieczulań perkainą zauważyliśmy dodatni jej wpływ na ruch robaczkowy jelit przy równoczesnem zupełnem porażeniu zwieracza odbytu tak, że chorzy oddawali stolec na stole operacyjnym. Ta ostatnia okoliczność zachęciła nas do wykonywania zabiegów przy niedrożności jelit w znieczuleniu lędźwiowem jeszcze w 1932 r. Zauważyliśmy już wtedy, że prawie bezpośrednio po usunięciu przeszkody następowało obfite wypróżnienie już na stole operacyjnym tak, że nigdy nie zachodziła potrzeba mechanicznego opróżniania jelit jużto drogą nakłucia, jużto przez dren wprowadzony przez otwór enterotomijny. Chorzy znosili zabieg bardzo dobrze mimo nieraz późnego wieku. Jeśli się zważy, że poziom kulturalny tutejszej ludności wiejskiej, z której rekrutowali się operowani spowodu niedrożności, jest naogół niski tak, że zgłaszali się oni już po 2—4 dniowem trwaniu tego ciężkiego schorzenia, to nasze naogół zadowalniające wyniki (4 wyleczenia na ogólną liczbę 7 przypadków) należy odnieść choćby częściowo do dodatnich stron samego znieczulenia.

Przekonaliśmy się bowiem, że operowanie niedrożności jelit w znieczuleniu lędźwiowem przedstawia w porównaniu z tym samym zabiegiem w uśpieniu zarówno dla chorego, jak i lekarza znaczne korzyści. Zaraz po otwarciu jamy brzusznej odpada nam spowodu zapadnięcia się jelit i braku działania tłoczni brzusznej, tak częstego szczególnie przy źle prowadzonem uśpieniu, walka z wypływającemi wciąż w czasie narkozy, często wzdętemi bardzo jelitami. Tutaj chcieliśmy zaznaczyć, że bardzo niechętnie i tylko w ostateczności posługujemy się ewentracją, a staramy się znaleźć miejsce przeszkody na trzewiach leżących w jamie brzusznej. Unikamy w ten sposób oziębienia i osuszenia ich surowicówki a ponadto całego szeregu uszkodzeń jelit, nieuniknionych podczas ich wyjmowania względnie repozycji, uszkodzeń, nieobojętnych a często zbędnych. Jeśli jednak zachodzi potrzeba ewentracji, to odprowadzanie jelit odbywa się z wyżej opisanych powodów bardzo łatwo. Drugą korzyścią jest bezpośrednie prawie wypróżnienie po usunięciu przeszkody, wspomniane już wyżej; stan, dla którego osiągnięcia polecali niektórzy chirurgowie rozciągnięcie zwieracza odbytu po każdej operacji brzusznej. To prawie natychmiastowe i należyte wypróżnienie musimy w wypadkach niedrożności jelit uważać wprost za fakt zbawienny. Powoduje ono bowiem szybkie odtrucie ustroju, oraz uszczelnienie się ścian jelit, często rozdętych, obrzękłych, dotkniętych zaburzeniem w krążeniu a zatem przepuszczalnych dla tak zakaźnego materjału, jakim są masy kałowe w zastoju. Wreszcie wobec zupełnej przytomności chorego odpada niebezpieczeństwo zachłyśnięcia się wymiocinami, tak częstemi w niedrożności jelit.

Naprawdę ciekawy jest fakt — na co zwrócił uwagę P h i l i p o w i c z — że chorzy dotknięci niedrożnością jelit, często wywodnieni, o niskiem ciśnieniu znoszą dobrze znieczulenie lędźwiowe, obniżające ciśnienie jeszcze bardziej. Być może, że mamy tu do czynienia z pewnego rodzaju dostosowaniem się krążenia do dalszego spadku ciśnienia spowodu przepełnienia koryta naczyń trzewnych; być może też, że mają tu znaczenie inne czynniki jak stężenie oraz chemizm płynu mózgowo-rdzeniowego (m.-rdz.).

Stosowanie znieczulenia lędźwiowego przy niedrożności jelit — coprawda przy użyciu innych środków — było już zalecane przez G. A. W a g n e r a a następnie przypomniane przez P h i l i p o w i c z a, stosującego w tym wypadku tropakokainę. Obecnie — zdaje się — opisane przez nas postępowanie zyskiwać będzie coraz więcej zwolenników, a to tem bardziej, że jest ono szczególnie przy użyciu perkainy bardzo proste, naprawdę dobre i polecenia godne.

Włodzimierz JACYSZYN. Wadowice.

Dwa przypadki sądowo-lekarskie.

Ze Szpitala Powszechnego w Wadowicach.
Dyrektor: Dr. Józef S o ł t y s i k.

Przypadek pierwszy tyczył się Marcina J., lat 19 liczącego, rolnika, który przed 10 dniami napadnięty na drodze, uderzony został sztachetą w głowę, okrytą sukienną czapką. Bezpośrednio po urazie stracił przytomność na przeciąg pół godziny, poczem przy pomocy przyjaciół udał się do domu.

W domu przeleżał jeden dzień, w następnym zaś dniu wstał i wrócił do pracy. Z dolegliwości odczuwał niezbyt zresztą silny ból głowy, oraz ucha lewego, którem też słabiej miał słyszeć. W stanie tym pracował dni 9 aż do godziny 17 dnia 10-tego od wypadku, w którym to czasie rąbiąc drzewo doznał nagle gwałtownego bólu głowy, w chwilę zaś później stracił przytomność.

U przywiezionego do szpitala o godz. 20 stwierdzono następujący stan: tętno 80, ciepłota 38,2. Chory nieprzytomny, rzuca się. Oddech charczący. Na owłosionej części głowy po stronie lewej nad kością skroniową, słabo wyczuwalne uginanie kości. Zmian urazowych dostrzegalnych na skórze głowy nie stwierdzono. Nad łukiem brwiowym prawym otarcie naskórka krwią zeschłą pokryte. W płucach szmery pęcherzykowe zaostrzone, oraz dość liczne oskrzelowe i pojedyńcze świsty, osobliwie nad płucem lewem.

Kończyna górna prawa oraz dolna lewa bezwładne. Odruch paluchowy Babińskiego dodatni.

W dwie godziny później (przed zabiegiem operacyjnym) nie odzyskawszy przytomności zmarł.

Wykonana z polecenia sądu sekcja stwierdziła następujące zmiany:

Wylew krwawy do tkanki podskórnej oraz wylew podokostnowy, w miejscu stwierdzonego za życia uginania kości czaszki. Wielokrotne, na przestrzeni pięciozłotówki, złamania i włamania kości ciemieniowej oraz skroniowej lewej. Rozległe naloty ropne na oponach podstawy czaszki, oraz podstawy mózgu. W płacie skroniowym lewym krwiak wielkości gołębiego jaja. Pęknięcie kości skalistej lewej oraz krwiak w uchu środkowem tej strony. Zmiany zapalne w obydwóch płatach płuca lewego oraz w płacie dolnym płuca prawego. Poza wymienionemi, innych zmian chorobowych na powłokach zewnętrznych oraz organach wewnętrznych nie stwierdzono.

Przypadek powyższy niezwykłym czyni ta okoliczność, iż denat nietylko utrzymywał się przy życiu przez szereg dni po doznaniu tak znacznego obrażenia czaszki i mózgu, ale cowięcej był w stanie mimo tych obrażeń oddawać się przez szereg dni zwykłej swej a ciężkiej fizycznej pracy.

Przypadek drugi. W drugim przypadku Izaak Z. ze Stryszowa, lat 30 liczący pasterz, pasąc bydło na łące, przy pomocy „kozika" wyłuszczył sobie oraz wyciął jądro prawe; poczem zganiając bydło do domu wskutek upływu krwi stracił na drodze przytomność. U przywiezionego do szpitala stwierdzono następujący stan obecny:

Mężczyzna budowy wątłej, przytomny, blady. Czoło dość znacznie do tyłu podane. Gruczoł tarczowy powiększony.

Na worku mosznowym, na przedniej powierzchni nieco nazewnątrz od przedniego szwu moszny, rana, równolegle do szwu przebiegająca, 3,5 cm długa, o brzegach nierównych, rozwartych na 1 cm.

Chory zapytany, w jakim celu zabiegu tego na sobie dokonał, oświadczył, iż w dniu tym widział podobny zabieg wykonany u ogiera. Po dwóch tygodniach wyleczony opuścił szpital.

Przypadek powyższy samookaleczenia w drodze naśladownictwa tłumaczy się przedewszystkiem upośledzeniem intelektualnego rozwoju sprawcy samookaleczenia. Doświadczenie bowiem sądowo-lekarskie uczy, że przypadki samookaleczeń i to tak ciężkich, jak w danym wypadku, wydarzają się wyłącznie tylko u osób umysłowo chorych, względnie umysłowo nierozwiniętych.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Biologja Lekarska. Nr. 1. 1934. Wł. Lindeman: Hormon trzustkowy. — M. Gedroyć: Ogólny zarys współczesnych badań nad gruczołem płciowym męskim.

Medycyna Praktyczna. Nr. 3. 1934. L. Korczyński: Odruchy trzewne w przebiegu niektórych schorzeń serca i tętnic. — A. Kukowka: Kilka uwag o raku.

Życie Dziecka. Nr. 3. 1934. J. Flisak: Kolonje zimowe młodzieży szkolnej. — A. Rosental: Akcja kolonij i półkolonij letnich w Polsce. — J. Ryngmanowa: Młodzież bez pracy i bez opieki. — S. Gutentag: Walka z durem plamistym na terenie miejskich szkół publicznych m. Łodzi.

Nowiny Lekarskie. Nr. 7. 1934. P. Gantkowski: Prof. dr. Adam Karwowski jako człowiek, jako lekarz, obywatel i uczony. Doleżal: Przemówienie na Akademji ku czci ś. p. Adama Karwowskiego. — Burian: Chirurgja estetyczna. — W. Łobza: Przypadek choroby Banga. — T. Kielanowski: Przypadek guza rakowatego (karcinoidu) wyrostka robaczkowego.

Wiadomości Lekarskie. Nr. 3—4. 1934. J. Hozer: Równanie o wielu niewiadomych i zmiennych wiadomych. — A. Sokołowski: Interferometrja i jej kliniczne znaczenie. — J. Szancenbach: Środki i sposoby zapobiegania ciąży. — L. Fik-Chramoj: Istota i zadania opieki nad matką. — H. Berger: W sprawie reformy lecznictwa stomatologicznego w ubezpieczalniach społecznych. — J. Rosenfeld: Działanie lecznicze surowicy hemopoetycznej w stanach niedokrwistości w chirurgji.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 13. 1934. H. Frenklowa, B. Czaplicki i K Ściesiński: Ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci w pierwszym roku życia. (Dok.). Cz. III. (anatomo-patologiczna). — J. Eisenfarb: Przypadek przewlekłego zakażenia wieloogniskowego prątkiem paracoli. — A. Dawidson: Odporność i alergja w gruźlicy. — Z. Szymanowski: Szkolić czy przeszkalać? W sprawie reformy studjów lekarskich. — M. Płońskier: O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwemi.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 14. 1934. A. Potok: O myotonji zanikowej. — E. Ewens: Niedostrzeżony czynnik w skłonności do kataru nosa. — A. Dawidson: Odporność i alergja w gruźlicy. (C. d.). — M. Płońskier: O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwemi (C. d.).

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 15. 1934. E. Pragier: Klinika zapaleń wierzchołka kości skalistej. — H. Wajs i B. Windzberg: O samotnych guzach nerwów obwodowych, t. zw. nerwiakach (neurinomata). — A. Dawidson: Odporność i alergja w gruźlicy (C. d.). — L. Zamenhof: Po chwilowem zażegnaniu niebezpieczeństwa. — M. Płońskier: O podstawach walki społecznej z nowotworami złośliwemi (C. d.).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 15. 1934. T. Fajans: Badania nad działaniem moczopędnem krajowych roślin leczniczych (doświadczenia na psach).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 16. 1934. T. Fajans: Badania nad działaniem moczopędnem krajowych roślin leczniczych (doświadczenia na psach). (Dok.).

OCENY.

Formes. Vie et Pensée (Kształty, życie i myśl). GROUPE LYONNAIS D'ETUDES MEDICALES, PHILOSOPHIQUES ET BIOLOGIQUES. Lavandier, Lyon 1934.

Poczet uczonych lyońskich wydał czwarty z szeregu tom rozpraw dotyczących zagadnień życiowych, które traktowane były w poprzedzających tomach pod tytułami: *Questions relatives à la sexualité, Hérédité et Races, Les Rythmes et la Vie.* Tom ostatni, o którym mowa, zajmuje się w pierwszej części kształtami kryształów i kształtów ustroju, w następnych rozdziałach kształtami niższych i wyższych zwierząt, kształtami płodów w różnych czasach rozwoju, wpływem przystosowania i wpływami gruczołów i czynności na kształty — słowem jest to rodzaj przeglądu rozwoju i trwania życia wszystkich istot. Część druga poświęcona jest kształtom ludzkim i ich związkowi z czynnościami i charakterem. Daje to autorom możność przeglądu teoryj dotyczących zależności usposobienia od formy ciała i t. p. Trzecia część zajmuje się socjologją, ugrupowaniem w towarzystwa, gminy i narody, przyczem rozwój tych ustrojów począwszy od ustrojów spotykanych u owadów i zwierząt żyjących gromadnie aż do społeczeństw ludzkich jest w krótkości przedstawiony. Ostatni rozdział zajmuje się sprawą etyki i estetyki, sprawą religji i sztuki, przyczem autor Ks. Montcheuil S. J. uwzględnia teorje Bergsona i współczesnych filozofów niemieckich jak Husserla i Schelera. Jak poprzedni tom, o którym w tem miejscu referowałem, tak i ten stanowi pewnego rodzaju przegląd zdobyczy ducha ludzkiego na wszystkich dziedzinach wiedzy i jest nietylko pożytecznem przypomnieniem szeregu nauk, jak chemja, fizyka, embrjologja i t. p., ale jednocześnie przeglądem filozoficznych zagadnień współczesnych, wprawdzie bardzo powierzchownie traktowanych, ale przecie dających możność zaznajomienia się w razie chęci z tem, co myśl ludzką obecnie zajmuje, i należy się autorom najwyższe uznanie za ten tak bardzo pożyteczny wysiłek, który zmierza do uzupełnienia wiedzy lekarskiej i rozbudzenia interesu do spraw najwyższych.

Moraczewski (Lwów).

O postaciach rozwojowych zarazka gruźlicy. LEON KARWACKI. Warszawa 1933. Polski Związek Przeciwgruźliczy. Str. 111. Tablic barwnych 7.

Autor niniejszej monografji, jeden z pierwszych i najbardziej wybitnych zwolenników wielopostaciowości prątka gruźlicy, daje pracy swej tytuł: „*O postaciach rozwojowych zarazka gruźlicy*", mimo że właściwie jest zwolennikiem nietyle pewnych cyklów rozwojowych prątka co jego wielopostaciowości, będącej najczęściej — według autora — wynikiem zadziałania pewnych bodźców zewnętrznych, jak procesy lityczne (bakterjofagi?), zmiana składu pożywki, przebywanie w organiźmie żyjącym i t. d.

Opierając się na swych wieloletnich, rozległych badaniach własnych jak też i piśmiennictwie tego przedmiotu, omawia autor morfologję, warunki powstawania oraz istotę następujących postaci zarazka gruźliczego: postać grzybkowa, t. j. rozgałęziona i maczugowata (streptotryks, „postać atawistyczna", pierwotna zarazka gruźliczego według autora), dalej postać ziarnista, postać prątków niekwasooopornych (cyjanofilowych, barwiących się m. Grama), dalej prątki kwasooporne i wreszcie postać przesączalna (pozadrobnowidzowa).

W myśl zapatrywań autora istnieją nastepujące możliwości zmian postaciowych zarazka gruźlicy. Z postaci grzybkowej wytworzyć się może prątek kwasooporny i niekwasooporny, z postaci przesączalnej: prątek kwasooporny i postać ziarnista, z postaci ziarnistej: postać przesączalna, grzybkowa i prątki niekwasooporne, z prątków niekwasoopornych: postać ziarnista, grzybkowa i prątków kwasoopornych, wreszcie z prątka kwasoopornego: postać przesączalna, grzybkowa i prątka niekwasoopornego.

Co do działania chorobotwórczego to autor wydziela odrębne jej obrazy zależnie od postaci zarazka gruźliczego, nie jest jednak zwolennikiem podziałów klinicznych na tej podstawie opartych, uważając, iż zarazek gruźlicy zdolny jest do ewolucji z jednej postaci w drugą w organiźmie chorym tak, że zwykle mamy do czynienia z kilkoma postaciami zarazka równocześnie obecnemi i chorobowo działającemi.

W myśl zapatrywań autora różnice nietylko między prątkami kwasoopornemi niechorobotwórczemi a prątkiem gruźlicy ale także między tym ostatnim a najrozmaitszemi promieniowcami zatracają się prawie zupełnie. Polimorfizm rososzków *(Actinomycetales)*, zawsze uznawany, w tem ujęciu podważa bardzo silnie same podstawy systematyki. Karwacki w pracach i zapatrywaniach swoich był jednym z prekursorów dzisiejszej ery zmienności.

Kilka jeszcze uwag co do używanego słownictwa. Autor — jak zresztą i wielu innych pisarzy, — używa określenia „postać jadu gruźliczego", w znaczeniu jad = *virus*, — podczas gdy zdaniem mojem jad jest wyłącznie pojęciem chemicznem, odpowiadającem „toksynie". Nie może być więc „postaci jadu gruźliczego", tylko „postać zarazka gruźliczego" a pozatem jad (toksyna) gruźlicza.

Również określenia jak „kokobacyl", „subhodowla" i t. p. używane w potocznej mowie laboratoryjnej, rażą trochę w pięknie ujętej monografji.

Praca, ilustrowana wielką ilością barwnych ilustracyj, wydana została bardzo wytwornie.

St. Legeżyński (Lwów).

L'année thérapeutique (Rocznik terapeutyczny). A. RAVINA. Masson 1934. Stron 192, cena 18 fr.

Jak corocznie tak i w tym roku ukazał się „VIII rocznik leczniczy za rok 1933", podający najnowsze metody i środki lecznicze. Wydawnictwo to widocznie dobrze spełnia swe zadanie i posiada licznych nabywców wśród lekarzy praktyków, niema-

jących czasu na studjowanie wielu czasopism naukowych, a chcących stosować najnowsze sposoby leczenia. Krótki a wyczerpujący opis metody leczenia, wskazania do jej stosowania, dobry podział i układ treści są zaletą tej książeczki. W pierwszej części podane w porządku alfabetycznym choroby i objawy i nowe sposoby ich leczenia (55), w drugiej części opisane są nowe przyrządy i zabiegi lecznicze (15), w trzeciej części omówione są nowe środki lecznicze (13). Autor opiera się przeważnie na piśmiennictwie francuskiem, chociaż uwzględnia również ważniejsze nowości innych krajów. Książeczka ta może być bardzo użyteczną dla lekarza pragnącego stosować „najnowsze“ leczenie.

Skowroński (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

Somatyczne typy kobiet i ich formułka endokrynologiczna. N. PENDE. Pres. Méd. Nr. 103. 1933.

Autor na podstawie pomiarów 3 wskaźników (stosunek długości linji między krętarzami do długości między wyrostkami kruczemi, długość uda do podudzia, stosunek szerokości do wysokości i długości czaszki) rozróżnia cztery typy kobiet. Pierwszy typ kobiety *(type de féminilité prématernelle)* odznacza się harmonijną budową ciała, wszystkie 3 wskaźniki biometryczne są średnie, górna część ciała w stosunku do dolnej posiada mniej tkanki tłuszczowej. Drugi typ *(type maternel)* cechuje się znaczną przewagą dolnej połowy ciała, szeroką miednicą, klatką piersiową szeroką, wielkiemi sutkami i długiemi udami. Często typ pierwszy zmienia się w drugi z chwilą zajścia w ciążę, ale są też kobiety o tym typie, które nigdy nie rodziły. Rozwój obu tych typów zależy od 2 gruczołów: jajnika i tarczycy. Jeśli jest zwiększona nieco czynność tarczycy (w granicach fizjologicznych), to powstaje typ pierwszy, bardziej delikatny, szczególnie w górnej połowie ciała. Przewaga hormonu ciałka żółtego nad folikuliną wespół z hormonem kory nadnercza prowadzi do rozwoju typu II-go. Trzeci typ kobiety to jakby jeszcze niedojrzała *(type hypoévolué prépubere)*, u której linja między wyrostkami kruczemi łopatek jest taka sama lub nawet dłuższa jak linja między krętarzami dużemi (jak u mężczyzn). Formułka endokrynologiczna takich kobiet cechuje się niedomogą jajnika (folikuliny) i nadczynnością grasicy, czemu należy przypisać nadmierny rozwój kości długich kończyn, niedorozwój sutek i podściółki tłuszczowej. Czwarty typ *(intersexuel atténué)* posiada budowę, charakter i inne cechy wyraźnie męskie. Autor przyjmuje, że jajnik zawiera jeszcze trzeci hormon wspólny dla obu płci (może wytwarzany przez komórki interstycjalne) i nadmierna produkcja tego hormonu cechować ma ten ostatni typ kobiet normalnych. *Skowroński* (Lwów).

Zagadnienie płodności i jałowości kobiety. E. NOVAK. Jour. of the Am. Med. Assoc. T. 102. Nr. 6. 1934.

Autor rozważa w tej pracy dwa zagadnienia: czy istnieje u kobiety fizjologiczny okres niepłodności i czy przyczyną niepłodności może być menstruacja bez owulacji.

Przy oznaczaniu okresu możliwego zapłodnienia muszą być brane pod uwagę następujące momenty: kiedy następuje owulacja, jak długo może żyć jajko w kanale rodnym, i jak długo może plemnik zachować zdolność zapłodnienia. Prace Knausa i Ogino wykazały po uwzględnieniu tych momentów, że prawdopodobnie istnieje tylko ograniczony czas możliwości zapłodnienia. U kobiety z normalnym, 4-tygodniowym cyklem menstruacyjnym jajeczkowanie następuje między 12 a 16 dniem cyklu. Przyjmując, że jajko może żyć w kanale rodnym kilka godzin a najdłużej dzień, a plemnik zachowuje moc zapłodnienia 2 do 3 dni, doszli ci autorowie do wniosku, że zapłodnienie może nastąpić między 9 a 18 dniem cyklu menstruacyjnego. Na pewne trudności natrafia oznaczenie tego okresu u kobiet z innym cyklem menstruacyjnym, ale i tu mają oni pewną podstawę do obliczeń. Inni badacze, jak Grosser, Bolaffio i Niedermeyer zaprzeczyli tej teorji. Grosser badając szczegółowo bardzo wczesne płody, obliczył czas koncepcji i wykazał, że tylko w małym procencie zgadzał się on z obliczeniami Knausa i Ogino. Grosser uważa, że sam akt płciowy może wywołać owulację tak, jak to stwierdzono u królików.

Autor uważa, że wziąwszy pod uwagę przytoczone badania, oraz doświadczenia Hartmana na małpach, należy skłonić się do zdania, że fizjologiczny okres płodności kobiety przypada na czas obliczony przez Knausa i Ogino, a szczyt jego przypada na czas między 14 a 16 dniem cyklu.

W drugiej części pracy wywodzi autor, że podobnie jak u małp, u których występuje to w pewnych porach roku fizjologicznie, możliwa jest u kobiet bezjajkowa menstruacja, która może być przyczyną niepłodności. Można się o tem przekonać, badając błonę śluzową macicy w okresie przedmenstruacyjnym. Jeżeli jajeczkowanie nie nastąpiło, brak w błonie śluzowej zmian wywołanych przez hormon ciałka żółtego. Kobietom takim można podawać prolan, który często jest skuteczny. Hartman wykazał, że u małp można osiągnąć wyniki przez ręczne uciśnięcie jajników w czasie przypuszczalnej owulacji. Autor zaznacza, że takie zabiegi mogą być stosowane u kobiet, ale tylko wtedy, jeśli dana osoba może pozostać potem przez jakiś czas w obserwacji lekarskiej, gdyż krwotoki śródotrzewnowe są niewykluczone.

A. Selzer (Lwów).

Jak działają wstrzykiwania prolanu na przysadkę mózgową zwierząt płci męskiej? G. BERGMAN. Klin. Wschr. Nr. 4. 1934.

Badania nad wpływem gonadotropowego hormonu przedniego płatu przysadki na przysadkę zwierząt płci męskiej, przeprowadzone przez dwóch autorów niezależnie od siebie, dały różne wyniki. U jednego (Baniecki) pojawiły się wsteczne zmiany w przednim płacie z powiększeniem komórek kwasochłonnych, u drugiego (Lucarelli) były zmiany przerostowe i rozrostowe z pojawieniem się komórek, podobnych do pojawiających się u zwierząt ciężarnych. Wobec tych sprzecznych wyników należy postawić sobie pytanie, jak oddziaływa narząd wkrewny na wprowadzenie do ustroju w sposób sztuczny odpowiedniego dlań hormonu. Dotychczasowe badania dość zgodnie wskazują, że odnośny narząd znajduje się wówczas w stanie spokoju, a nawet ulega zmianom wstecznym. Np. jeżeli się wytnie część tarczycy, to pozostała część ulegnie kompensacyjnym zmianom. Gdy jednak to zwierzę karmi się tyreoidyną, to nie powstają te zmiany kompensacyjne. Centanni wykazał w tarczycy zmiany wsteczne w miąższu z silnym rozwojem tkanki łącznej u świnek karmionych przez $4^1/_2$ mies. preparatami tarczycy. Również u szczurów karmionych wyciągami jąder lub u królików grasicą stwierdzono zmiany wsteczne w jądrach względnie w grasicy. Putnam, Benedict i Teel otrzymali ciekawe wyniki w badaniach z wywoływaniem eksperymentalnem akromegalji u suk. Otóż autorowie stwierdzili powiększenie wszystkich narządów, jedynie przysadka okazywała względne upośledzenie rozwoju i nieco silniejsze bujanie tkanki łącznej.

Autor wykonał doświadczenia na szczurach samcach, którym wstrzykiwał prolan. Otóż u zwierząt tych nie stwierdził żadnych zmian w przysadce. Natomiast w przysadkach samic stwierdza się po wstrzykiwaniu prolanu zmiany wytwórcze. To różne zachowanie się przysadek u samic i samców możnaby tłumaczyć innym mechanizmem u nich działania prolanu. U samic prolan jest uzupełniony przez jakieś ciało wytwarzane przez przysadkę, aby mógł rozwinąć swe działanie gonadowe podniecające; dlatego też przysadka mózgowa przerasta, aby mogła u samic podołać w wytworzeniu tego ciała uzupełniającego, jeżeli się doprowadziło do ciała samicy większą ilość prolanu. Natomiast u samców prolan działa bezpośrednio na komórki interstycjalne jądra bez jakiegoś uzupełniającego działania ze strony przysadki.

W. Nowicki (Lwów).

Badania doświadczalne nad ruchami plemników w kierunku pionowym. I. von KHREININGER-GUGGENBERGER. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 1.

Doświadczenia przeprowadzał autor w ten sposób, że do ejakulatu zanurzał pipety wypełnione fizjologicznym rozczynem soli i uszczelnione pod kątem 50° i 70° tak, że słup soli w pipetach zanurzony był w ejakulacie. Po pewnym czasie (6—10 godzin) badał pod mikroskopem górne warstwy płynu i nigdy nie stwierdził obecności plemników. Słup soli wynosił 3 cm, badany był w wysokości 1, 2, i 3 cm. Dowodzi to, że plemniki nie są w stanie przejść w kierunku pionowym z ejakulatu do rozczynu soli. Że nie ma się tu do czynienia z jakiemś negatywnem działaniem chemotaktycznem, przekonać się można bardzo prosto. Jeśli mianowicie na brzegu kropli ejakulatu na szkiełku przedmiotowem umieści się kroplę fiz. rozczynu soli, to stwierdzić można wyraźny ruch plemników w kierunku poziomym.

Takie same wyniki uzyskał autor, posługując się w eksperymencie zamiast pipetek kolbkami a nawet macicami świeżo wyciętemi. Po zanurzeniu części pochwowej w ejakulacie nigdy nie stwierdził (po 12 godzinach) obecności plemników w jamie macicy.

W następnych doświadczeniach postąpił w ten sposób, że zawartość macicy wyciskał tak, iż śluz znajdował się przed częścią pochwową i był w łączności z ejakulatem. Wówczas już po 6 godzinach stwierdzić mógł we wnętrzu macicy żywe plem-

niki. Aby rozstrzygnąć, czy i tutaj ma się do czynienia z działaniem chemotaktycznem, czy też, że wyższa lepkość ułatwia ruch plemników w kierunku pionowym, powtórzył poprzednie doświadczenie, używając zamiast fizjologicznego rozczynu soli rozczynu skrobi i dekstryny. Przekonał się, że wówczas już po 6 godzinach znajdowały się żywe plemniki w najwyższych warstwach płynu.

Doświadczenie to dowodzi, że ruch plemników w kierunku pionowym możliwy jest tylko w płynach o lepkości wyższej aniżeli fizjologiczny rozczyn soli. Ruchy te są czynne, co również udało się autorowi wykazać w doświadczeniu na 2 królikach.

Doświadczenia autora potwierdzają zapatrywanie klinicystów, że czop śluzu tkwiący w szyi macicy i zwieszający się do pochwy ułatwia przedostanie się plemników do kanału rodnego. Rozszerzanie kanału szyi macicy w celu umożliwienia względnie ułatwienia zastąpienia działa korzystnie właśnie przez to, że powoduje obniżenie się czopa śluzu aż poza ujście macicy.

Utrudnienie względnie uniemożliwienie zastąpienia polegałoby zatem na uniemożliwieniu ruchu plemników przy pomocy środków chemicznych, któreby znosiły, względnie osłabiały lepkość śluzu pochwy i szyi. *K. B.* (Lwów).

Patologja.

Rola żołądka i wątroby w patologji niedokrwistości złośliwej. J. BENCE (Budapeszt). Ztschr. f. Klin. Med. Bd. 126. H. 1—2. S. 127—142.

Najpierw przypisywano schorzeniom żołądka decydującą rolę w powstawaniu niedokrwistości złośliwej. Od początków diety wątrobowej wysuwa się na pierwszy plan rola wątroby. Tymczasem okazało się, że takie samo działanie, jak wątroba, ma sok żołądkowy, wydzielany przy trawieniu mięsa (Castle). Wkrótce ustalono, że również dobrze działa sam żołądek (Sturgis i Isaacs i inni) i to nie mięśniówka żołądka, lecz śluzówka (Fettich), szczególnie trzonu (Gutzeit i Hermann). Zatem tak w żołądku jak w wątrobie są dwa ciała, chemicznie bliżej nieokreślone, mające takie samo działanie przeciwanemiczne.

Przychodzi myśl (Bence), że żołądek produkuje to ciało przeciwanemiczne, a wątroba je tylko magazynuje, gdyż wyciągi sporządzone z wątroby świń w pewien czas po wycięciu żołądka, nie mają działania przeciwanemicznego, zawierają natomiast obficie glikogen, którego niema w wyciągach wątrobowych normalnych. Żołądek produkuje ciało przeciwanemiczne niezależnie od jakości pożywienia, gdyż wyciągi wątrobowe cieląt, karmionych tylko mlekiem, działają taksamo dobrze, jak wyciągi wątrobowe cieląt na mieszanej paszy. Nie chodzi tu wogóle o wprowadzenie czynnika przeciwanemicznego zzewnątrz, z pokarmem, gdyż wyciągi wątrobowe cieląt embrjonów nie ustępują w działaniu wyciągom normalnym.

Idąc logicznie, należało zbadać działanie wyciągów z żołądka. Bence dotychczas nie otrzymał skutecznych wyciągów spowodu nieodpowiedniej metody, gdyż w inny sposób sporządzone (Ederle, Kriech i Gänsslen) działają dobrze, a z kilku litrów soku żołądkowego ludzi i świń, zagęszczonego w próżni do kilku centymetrów sześciennych, otrzymano bardzo skuteczny preparat przeciwanemiczny (Morris, Schiff, Foulger, Rich i Sherman).

Z obserwacyj klinicznych wiadomo, że achylja wyprzedza objawy niedokrwistości złośliwej na wiele lat. Sok z mięsa, trawionego przez chorego z achylją działa przeciwanemicznie (Singer). A więc zmiany w ścianie żołądka postępują, niszcząc najpierw zdolność wydzielniczą dla kwasu solnego, a potem dopiero zdolność wytwarzania ciała przeciwanemicznego. Wytwarzanie kwasu solnego i pepsyny nie ma nic wspólnego z produkcją ciała przeciwanemicznego: te funkcje są niezależne od siebie. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że inne elementy histologiczne błony śluzowej żołądka produkują kwas solny i pepsynę, a inne ciało przeciwanemiczne. W błonie śluzowej żołądka są prawdopodobnie dwojakie komórki: o wydzielaniu zewnętrznem (sok trawienny) i wewnętrznem (ciało przeciwanemiczne). Podobnie trzustka, powstająca z wypuklenia dwunastnicy, ma komórki o wydzielaniu wewnętrznem i zewnętrznem. W błonie śluzowej żołądka komórki wewnątrz- i zewnątrzwydzielnicze leżą blisko siebie, ich zróżnicowanie anatomiczne nie jest tak daleko posunięte, jak w trzustce, dlatego w niedokrwistości złośliwej są równocześnie upośledzone oba rodzaje wydzielania żołądka. Natomiast częściej widzimy cukrzycę spowodu rozlanego schorzenia trzustki, niż spowodu schorzenia prowadzącego do upośledzenia wydzielania zewnętrznego (Bence).

Nie można przyjąć, że w terapji wątrobowej, czy żołądkowej dajemy materjał do odnowy krwi, gdyż minimalne ilości wyciągów wątrobowych działają doskonale, zresztą ustrój chorego na niedokrwistość złośliwą jest bogaty w żelazo. Przypuszczalnie ciało przeciwanemiczne, które, w tak małej ilości podane, wywołuje tak wielkie zmiany, jest hormonem, wydzieliną wewnętrzną żołądka, produkowaną niezależnie od soków trawiennych (Bence).

Zmiana patologicznego szpiku w niedokrwistości złośliwej na prawidłowy po leczeniu wątrobowem świadczy, że ciało przeciwanemiczne z żołądka dąży przez wątrobę do szpiku kostnego, regulując jego czynność. *H. Długosz* (Lwów).

Wydolność czynnościowa żołądka przy gruźlicy płuc. J. J. MOSZKOWSKI (Charków). Wracz. Dieło. Nr. 11. 1933.

Większość gruźliczych wykazuje zaburzenia czynności wydzielniczej żołądka. Stwierdza się zmienność kwasoty soku żołądkowego w zależności od natężenia procesu gruźliczego i stopnia intoksykacji. W lżejszych postaciach gruźlicy stwierdza się przeważnie nadkwaśność, postacie ciężkie raczej wykazują podkwaśność. Jednakże ścisła zależność między zaburzeniami wydzielniczemi żołądka a natężeniem procesu gruźliczego nie istnieje; skargi na dolegliwości żołądkowe u gruźliczych niezawsze odpowiadają zaburzeniom chemizmu żołądkowego.

Badanie żołądka naczczo wykazało wyraźny wpływ hamujący intoksykacji gruźliczej na czynność wydzielniczą żołądka naczczo.

Zaburzeń motorycznych żołądka po próbnem śniadaniu autor nie spostrzegał. Najbardziej charakterystycznym obrazem czynności wydzielniczej żołądka przy gruźlicy jest zmienność kwasoty, czem tłumaczą się różne wyniki otrzymane przez różnych autorów. Heterochylja nie świadczy o niewydolności organicznej aparatu wydzielniczego, lecz prawdopodobnie o zmienności układu wegetatywnego. Zasób zasad krwi nie wykazuje zależności od kwasoty żołądka. *M. Segal* (Lwów).

Badania nad działaniem tylnego płatu przysadki mózgowej na chemizm żołądka w nadkwaśności oraz wrzodzie żołądka i dwunastnicy. KUCIKÓWNA i OLSZEWSKI. Pol. Arch. Med. Wew. T. 12. Z. 1.

Z materjału, obejmującego 23 przypadki, podają autorzy 5 historyj chorób z tablicami ilustrującemi zachowanie wydzielania HCl po zastosowaniu wyciągów tylnego płatu dożylnie i domięśniowo. Wynika z nich wyraźny wpływ hamujący na czynność wydzielniczą żołądka. Punkt zaczepienia tkwi w układzie wegetatywnym i tą drogą przenosi się na żołądek, gdyż spadek HCl w wydzielinie nie jest ani proporcjonalny do ilości wydzielanego z moczem NaCl ani też z nim równoczasowy. K. i O. nie wyciągają jeszcze konkretnych wniosków terapeutycznych, gdyż dłuższe badania przeprowadzono tylko u 4 chorych. *Rawicz* (Lwów).

Przemiana węglowodanowa i podstawy doświadczalno-teoretyczne terapji glukozą i cukrem inwertowanym. E. J. STERKIN (Charków). Wracz. Dieło. Nr. 8. 1933.

Wartość glukozy jako środka leczniczego polega nietylko na jej własnościach odżywczych; znaczną rolę odgrywają też inne własności glukozy, a więc działanie antytoksyczne, tonizujące, „koloidoklastyczne", moczopędne i być może aktywujące układ siateczkowo-śródbłonkowy. Dlatego też zrozumiały jest efekt leczniczy działania glukozy przy najrozmaitszych zdawałoby się mało do siebie zbliżonych schorzeniach.

Ze względu na brak glukozy i wysoką jej cenę proponuje autor stosowanie cukru inwertowanego, który łatwo otrzymać można z cukru trzcinowego lub buraczanego przez hydrolizę kwasem solnym. Cukier inwertowany jest mieszaniną glukozy i fruktozy (lewulozy) w równych ilościach. Badania na różnorodnym materjale klinicznym wykazały, że własności fruktozy prawie nie różnią się od glukozy i dlatego zamiana jest możliwa, a w niektórych przypadkach, kiedy funkcja wątroby jest nienaruszona, fruktoza ma nawet wyższość nad glukozą, np. przy schorzeniach nerek, układu sercowo-naczyniowego, przy niektórych ostrych zatruciach, przy cukrzycy, w stanach zakwaszenia ustroju, chorobach zakaźnych. *M. Segal* (Lwów).

Obraz zaschniętej kropli soku żołądkowego. N. HENNING i L. NORPOTH. Ztschr. f. Klin. Med. B. 126. H. 1—2. S. 1—6.

Kropla przesączonego soku żołądkowego zaschnięta na szkiełku przedstawia charakterystyczny obraz: środek wypełniony kryształami soli, przypominającemi liść paproci z pierścieniem różnej szerokości na obwodzie. Pierścień ten widoczny jest makroskopowo, gdy szerokość jego wynosi 100—150 μ. Szerokość pierścienia idzie równolegle z zawartością białka w soku żołądkowym a więc z rozlanem ciężkiem uszkodzeniem błony śluzowej. Dlatego autorowie uważają swoją metodę zaschniętej kropli za najprostszą do stwierdzenia rozlanego uszkodzenia

błony śluzowej żołądka. Doświadczalnie wywołany nieżyt błony śluzowej psa po alkoholu daje w obrazie zaschniętej kropli znaczne rozszerzenie pierścienia obwodowego z równoczesnem zwiększeniem ilości białka. *H. Długosz* (Lwów).

Fizykalne i chemiczne bodźce wewnętrznego wydzielania trzustki. JIMENA F. DE LA VEGA. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 126. H. 1—2. S. 112—118.

Z doświadczenia na myszkach białych małe dawki insuliny przez krótki czas stosowane wywołują zmniejszenie ilościowe aparatu wewnątrzwydzielniczego trzustki, natomiast duże dawki, dłuższy czas stosowane i sekretyna działają przeciwnie. Naświetlanie trzustki królików promieniami Roentgena pobudza czynność wewnątrzwydzielniczą trzustki, jednak na podstawie dotychczasowych doświadczeń nie można powiedzieć, czy wskutek rzeczywistej hipertrofji wzgl. hiperplazji wysepek.

H. Długosz (Lwów).

Mikrobiologja i serologja.

Badania nad odpornością antytoksyczną. G. RAMON. Pres. Méd. Nr. 71. 1933.

Autor omawia teorje powstawania antytoksyn specyficznych i przyjmuje, że główną rolę w tworzeniu antytoksyn np. błonicy lub tężca odgrywa sama toksyna. Niema żadnych dowodów, że antytoksyny są wytworem komórek organizmu, jak to się przyjmuje, przeciwnie zawsze można wykazać, że ilość ich wzrasta z ilością wstrzykiwanej toksyny i przez skrwawienie zwierzęcia nie można bez ponownego wstrzyknięcia toksyny otrzymać surowicy o większem mianie antytoksycznem. Autor odrzuca istnienie wrodzonej odporności antytoksycznej na błonicę u niektórych ludów (np. Eskimosów), ponieważ niema dowodów na to, że błonica nie występuje tam naturalnie i że ludzie ci nie przeszli kiedyś lekkiej błonicy. Odrzuca również możliwość produkowania przez organizm konia antytoksyny błoniczej, jak to przypuszcza się przy uodparnianiu koni celem otrzymania surowicy leczniczej, i na podstawie obliczeń siły antytoksycznej surowicy w poszczególnych dniach hiperimunizacji stwierdza, że ilość antytoksyn wzrasta tylko do 6-go dnia, a następnie zawsze opada. Taksamo doświadczenia z pilokarpiną, przemawiające za wzrostem siły antytoksycznej surowicy a więc za zdolnością produkowania antytoksyny bez równoczesnego wprowadzenia toksyny, oparte są tylko na zagęszczeniu soków organizmu wskutek utraty wody, a nie na faktycznym wzroście antytoksyn w organiźmie. Nie można też sprowadzić wzmożenia antytoksyn specyficznych przez stosowanie antygenów bakteryjnych innych, nie są w stanie tego zrobić nawet antygeny bakteryjne błonicze lub tężcowe (ciała bakteryj) niezawierające toksyny lub anatoksyny. Wszystko to przemawia za tem, że antytoksyny powstają z odpowiednich toksyn. *Skowroński* (Lwów).

Wyniki badań krwi metodą Löwensteina w gruźlicy i innych schorzeniach. M. MUENSTER-FRANK. Med. Klin. Nr. 47, 1933.

Autorka badała krew bakterjologicznie metodą Löwensteina w przypadkach różnych schorzeń, tak gruźliczego jak i niegruźliczego pochodzenia, i stwierdziła, że nawet w dalej posuniętych schorzeniach gruźliczych nie udało się wyhodować typowych prątków gruźliczych, mimo że ściśle przestrzegała przepisów Löwensteina odnośnie do posiewów krwi.

Z. Godłowski (Kraków).

Garść spostrzeżeń i zagadnień, tyczących się ziaren prątka gruźliczego. A. BUKOVSKY. Čas. Lek. Česk. z. 25, 1933.

Autor dochodzi do następujących wniosków:

I. Ziarna Mucha możnaby nazywać gencjanofilną substancją prątka Kocha. Jeżeli występują samotnie, trudno je wykazać, łączą się szybko z kwasooporną substancją woskową, którą prawdopodobnie same wytwarzają; są ciałem młodem, o bardzo wielkiej żywotności. Mogą się te twory również oddzielić przez podział od rozwojowych postaci drobnoustrojowych („odpryski Spenglera"). Te ciała drobnoustrojowe, składające się z młodej części gencjanofilnej i ze starszej części fuksynofilnej są podstawową jednostką prątka. Występują tam, gdzie prątek szybko się rozmnaża, gdzie posiada doskonałe środowisko do rozwoju.

II. Zarazki gruźlicy tworzą prawdziwe i trwałe ziarna inwolucyjne fuksynofilne. Są wielkie, owalne, przyjmują fuksynę i częściowo też zabarwienie kontrastowe (zabarwienie ciemne z odcieniem fioletowym), a znajdujemy je wolne, bądź wiązane (częściej) z resztkami prątka w zwapniałych tworach i w plwocinie tam, gdzie prątek nie znajduje korzystnego podłoża do rozwoju. Przedstawiają utajoną formę życia prątka Kocha. Znajdują się w plwocinie, w ustroju i w hodowli.

III. Należy szczegółowo odróżnić te dwie postacie, ponieważ ich własności są zgoła różne, a znaczenie biologiczne prawie przeciwne (szybkie dzielenie a tu utajenie życia). Dotychczas nie czyniono tego rozdziału. Ta okoliczność może mieć i znaczenie praktyczne dla rokowania wyników badań na prątki w plwocinie oraz w innych materjałach gruźliczych.

Ungar (Lwów).

Czułość, swoistość i wartość praktyczna dzisiejszych serologicznych odczynów kiłowych. J. OBRTEL. Čas. Lék. Česk. z. 32, 1933 r.

Autor uważa badanie surowicy na kiłę jedynie przy pomocy odczynu Bordet-Wassermanna, zwłaszcza jeżeli przeprowadza się go według dawnych, oryginalnych przepisów, a komplement wiąże się 45 min. przy 37° w termostacie, za niewystarczające. Nie można dzisiaj się obejść bez równoczesnego używania i innych odczynów.

O dodatnim wyniku sądzić można jedynie na podstawie wyników kilku odczynów. Im więcej używamy odczynów, tem bardziej jasny i doskonały jest obraz. Minimalne warunki badania serologicznego, które posiadają wartość praktyczną, wymagają użycia przynajmniej jednego odczynu Bordet-Wassermanna i dwóch innych odczynów.

Im więcej używamy metod przy badaniu, tem bardziej czułych można używać odczynów, a nieswoiste wyniki łatwiej wyłączyć.

Najbardziej czułym odczynem jest odczyn Meinickego. W przypadkach leczonej ukrytej kiły konieczne jest użycie tej metody spowodu jej znacznej czułości. Pomimo że autor tym odczynem osiągnął najlepsze wyniki, nie należy odstąpić od używania innych, ponieważ żaden odczyn dzisiaj służący do rozpoznawania kiły nie daje w 100% pewnych wyników.

Ungar (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

O częstym wyglądzie nacieku wczesnego. MASSIMO LUPO. Minerva Medica. Nr. 1. 1934.

Autor opracował ostatnie spostrzeżenia Micheli'ego dotyczące charakterystyki obrazu rtg. nacieków wczesnych, wśród których spotyka się także, oprócz postaci jednolitych i odgraniczonych, również postacie rtg. o charakterze guzkowym, niejednolitym. Przypuszczenie autora, jakoby ten ostatni typ dawał rokowanie korzystniejsze, a więc żeby nie prowadził do rozpadu tkanki płucnej, nie okazuje się słusznem, przynajmniej na podstawie przypadków przedstawionych przez autora.

Z. Tomanek (Lwów).

O cukrzycy powikłanej gruźlicą płuc. E. STEFFEN, jun. Gruźlica T. VIII. Nr. 5.

Treścią pracy jest rozpatrywanie szeregu przypadków cukrzycy powikłanej gruźlicą płuc, obserwowanych w ostatniem pięcioleciu na oddziele chorób wewnętrznych Dr. Landaua w szpitalu Wolskim.

Autor rozpatruje je głównie ze strony zaburzeń przemiany węglowodanowej, przebiegu cierpienia płucnego, wzajemnego ustosunkowania się tych spraw oraz wyników leczenia dietetyczno-insulinowego, i uciskowego, przytaczając w ciekawszych przypadkach dokładne historje choroby. Na 156 przypadków 33 t. j. 21.5% było powikłanych gruźlicą płuc, z czego na lekką cukrzycę przypada 8.7% powikłań, na ciężką 39%. Gruźlica zatem może występować jako powikłanie we wszystkich postaciach cukrzycy, przyczem jednak odsetka wzrasta w stosunku do ciężkości sprawy podstawowej. Wpływ jej na przemianę węglowodanową jest niekorzystny, toteż stwierdzenie nagłego i nieoczekiwanego obniżenia tolerancji na węglowodany w przebiegu cukrzycy wymaga szczegółowej kontroli płuc, tak badaniem fizykalnem jak i radjolog., gdyż w wielu przypadkach początkowe zmiany płucne występują w postaci nacieczeń wczesnych, skrycie powstających, niedających jeszcze objawów podmiotowych ze strony płuc.

W leczeniu pierwszeństwo ma racjonalnie prowadzona terapja dietetyczno-insulinowa, prowadząca do wzrostu tolerancji na węglowodany, z czem, jak z obserwacji wynika, idzie w parze poprawa w przebiegu zmian płucnych; pod osłoną tej terapji może być również przeprowadzone leczenie uciskowe, tak jedno- jak i obustronne pod warunkiem stałej obserwacji szpitalnej, względnie sanatoryjnej. W obserwowanych przypadkach stosowanie obustronnej odmy nie wywoływało, ani nie potęgowało kwasicy ketonowej.

A. Donhaiser (Kraków).

O jamach gruźliczych i właściwem ustosunkowaniu się do nich pod względem rozpoznania, rokowania i leczenia. M. BLOCH. Pol. Arch. Med. Wew. T. 12. z. 1.

Ze względu na objawy wypukowo-przysłuchowe dzieli autor jamy gruźlicze (j. g.) na „mówiące", „mało mówiące" i „nieme". W obserwacjach B. odsetek jam małomówiących i niemych z okresu wczesnego nacieku rozpadowego wynosił 67%. Następnie autor analizuje obrazy t. zw. cieni pierścieniowatych i dochodzi do wniosku, że są one zawsze wyrazem rozpadu. Stwierdzenie j. g. wybitnie obciąża rokowanie, zaledwie w 10—15% zabliźniają się samoistnie, pozatem z reguły prowadzą do śmierci. Jedynem racjonalnem postępowaniem jest czynne zaatakowanie kawerny odmą, torakoplastyką i t. p., zależnie od warunków. B. jest zwolennikiem jaknajwcześniejszego zakładania odmy i tem postępowaniem udało mu się osiągnąć doskonałe wyniki, w 83% zniknięcie prątków, a w 80% zupełne zniknięcie jamy i wszelkich objawów toksycznych. Wczesne stosowanie odmy daje najmniejszy odsetek niepożądanych powikłań. Siedmnaście historyj chorób w tekście z 34 rentgenogramami bardzo sugestywnie podkreślają twierdzenia autora. *Rawicz* (Lwów).

O niepowodzeniach odmowych. ST. MEYSNER. Gruźlica, R. VIII. Nr. 5.

Autor przedstawia szereg niepowodzeń odmowych, spostrzeganych na materjale własnym, omawiając zarazem ich przyczyny. Obok błędów w samem ustaleniu wskazania do stosowania odmy, źródło tych niepowodzeń stanowi szereg trudności związanych z samą techniką zakładania odmy, do których należy przedewszystkiem zbyt głębokie lub płytkie nakłucie, zaczopowanie igły lub użycie nieodpowiedniej igły. Częstą przyczyną niepowodzeń odmowych są zlepy i zrosty, bądźto uniemożliwiające wogóle założenie odmy, bądź też dające w następstwie szereg ciężkich powikłań jak np. oderwanie się zrostu z następowem samodopełnianiem się odmy wentylowej, lub powstaniem wysięku ropnego w opłucnej. Najdokładniejsze badania fizykalne i rentgenolog. niezawsze dają pewną odpowiedź co do możliwości założenia odmy, rozstrzyga jedynie próbne założenie. Do stosunkowo nieznacznych urazów i niegroźnych powikłań należy nakłucie tkanki płucnej, względnie powstanie w czasie dopełnień przepukliny śródpiersia; do niepowodzeń, dających natomiast poważniejsze następstwa dla chorego, należy powstanie wysięków ropnych w następstwie pęknięcia powierzchownej jamy z następowem wylaniem się zakażonej treści do jamy opłucn., oraz zator powietrzny. Obok wymienionych, w leczeniu odmą — spotyka się jeszcze szereg przyczyn niepowodzeń odmowych zależnych od samego pacjenta, jego charakteru, sugestji początkowego dobrego wyniku, wreszcie bardzo często jego warunków materjalnych względnie zawodowych. *A. Donhaiser* (Kraków).

Z kazuistyki wyrwania nerwu przeponowego. I. SPITZER. Gruźlica, T. VIII. Nr. 5.

Autor omawia spór toczący się między zwolennikami i przeciwnikami wyrwania nerwu przeponowego (w. n. p.), jako zabiegu samodzielnego w leczeniu gruźlicy płuc. Przytaczając dwa przypadki z własnych spostrzeżeń, w których otrzymał wyniki dodatnie, dochodzi do wniosku, że w. n. p. daje jednak w pewnej odsetce przypadków jednostronnych, jamistych zaleczenie zmian, przyczem najlepsze wyniki dają jamy leżące w stosunkowo mało zmienionej tkance płucnej. Przy braku jednak poprawy należy, zdaniem autora, w kilka miesięcy po frenikoekshajrezie zastosować bardziej radykalne leczenie chirurgiczne. Zdaniem autora w. n. p. nie można bezwzględnie dawać pierwszeństwa przed odmą sztuczną w leczeniu jamistych, jednostronnych suchot płuc. *A. Donhaiser* (Kraków).

O powstawaniu i rozwoju gruźlicy w płucu przeciwległem w przebiegu odmy sztucznej. (Bilateralizacja). N. BERDO. Gruźlica. T. VIII. Nr. 5.

Autorka przedstawia na podstawie danych z piśmiennictwa i z obserwacji własnej proces bilateralizacji. Omawiając przyczyny jej powstawania, dochodzi do wniosku, że odma nie przyczynia się do jej powstawania, wadliwe natomiast prowadzenie odmy, jak również jej powikłania mogą stać się czynnikami uspasabiającemi do bilateralizacji. W dalszym ciągu pracy autorka omawia postacie anatomo-kliniczne, częstość występowania, drogi szerzenia się bilateralizacji, jej przebieg, rozpoznanie, rokowanie i leczenie. Omawiając rozpoznawanie bilateralizacji, podkreśla często nasuwające się trudności rozpoznawcze, oraz szereg spraw mogących stać się przyczyną błędów rozpoznawczych jak np. zakażenie grypowe, lub ognisko bronchopneumoniczne. Ponieważ w niektórych przypadkach bilateralizacji w porę zastosowane leczenie może uratować chorego, podkreślić należy ważność częstej i ścisłej kontroli przypadków odmowych, by w razie wystąpienia bilateralizacji jaknajwcześniej można ją było rozpoznać.

W zakończeniu zestawia autorka dane statystyczne z własnych obserwacyj. Na 282 przypadków obserwowanych w czasie od pół do 7 lat, praktycznie zdrowych było 14.5%, z poprawą 43,6%, bez zmiany 5%, pogorszeń 15,2%, zgonów 21,6%. Bilateralizacja wystąpiła pod postacią nowych ognisk w dotychczas zdrowem płucu w 46-ciu przypadkach; uczynnienie procesu, względnie powstanie świeżych ognisk w niezupełnie zdrowem płucu w 23 przypadkach. W około 76% wszystkich tych przypadków stwierdzało się zrosty, u 27 chorych ostre, wysiękowe zapalenie opłucnej. Bilateralizacja dała ogółem w 72.4% przypadków zejście niepomyślne (bez zmiany, pogorszenie, zgony). *A. Donhaiser* (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Leczenie przypadłości w znieczuleniu lędźwiowem. A. SCHOTTE. Pres. Méd. Nr. 70. 1933.

Najczęstszą przyczyną różnych przypadłości po znieczuleniu jest spadek ciśnienia krwi, wywołany porażeniem przewodnictwa włókien nerwowych układu sympatycznego, i stąd rozszerzenie naczyń obszaru znieczulonego i brak wydzielania adrenaliny do krwi. Usunąć te objawy można przez dożylne wlewanie płynu z adrenaliną, a jeszcze lepiej i szybciej przez dożylne wprowadzenie 5—10 cg efedryny. Najlepiej wstrzykiwać zaraz po znieczuleniu, ażeby zapobiec albo też usunąć występujące objawy. Zatrzymanie oddychania może być spowodowane też spadkiem ciśnienia i niedokrwieniem mózgu, wtedy odpowiednie ułożenie chorego i zastrzyk efedryny usuwają to zaburzenie. W innych przypadkach ustania oddychania, wywołanego przez porażenie nerwów oddechowych, nie wystarcza już sam zastrzyk efedryny i wtedy należy się uciec do sztucznego oddychania i do stosowania tlenu z dodatkiem 7% dwutlenku węgla. *Skowroński* (Lwów).

Usunięcie całego płuca spowodu raka oskrzela. E. A. GRAHAM i J. J. SINGER. Journ. of the Am. Med. Assoc. nr. 18, 1933/II.

Autorowie opisują przypadek mężczyzny lat 48, u którego stwierdzono rentgenologicznie i mikroskopowo raka oskrzela w górnym płacie płuca lewego. Za zgodą chorego (który sam jest lekarzem) postanowiono usunąć operacyjnie górny płat płuca. W czasie zabiegu, który wykonano w uśpieniu zapomocą podtlenku azotu, przekonano się, że rak przechodzi już na płat dolny, wobec czego usunięcie płata górnego byłoby bezcelowe. Zdecydowano się więc na usunięcie całego płuca lewego. Zaciśnięto dokoła oskrzela gumowy kateter tuż poniżej rozgałęzienia tchawicy, poczem odcięto płuco nożem elektrycznym i zakauteryzowano wolny koniec oskrzela. Następnie wycięto gruczoły okołooskrzelowe, oraz żebra 3—9 od wyrostków poprzecznych kręgów do linji pachowej przedniej, chcąc spowodować w ten sposób zapadnięcie klatki piersiowej i zarośnięcie jamy opłucnowej. Przed zaszyciem założono dren. Chory po operacji czuł się zupełnie dobrze. Po upływie dwóch tygodni wykonano nowy zabieg, usuwając dwa pierwsze żebra. Autorowie obserwowali chorego jeszcze przez sześć miesięcy i stan jego się nietylko nie pogarszał, ale choremu przybyło jeszcze kilka kg na wadze. *A. Selzer* (Lwów).

Leczenie pooperacyjne raka sutka zapomoca radu. P. LEHMANN (Paryż). Soc. Fr. de Gyn. 1933 z. 8.

Autor uważa, że w przypadkach raka sutka, w których operacja nie mogła doszczętnie usunąć tkanki nowotworowej, a nawet, o ile wydaje się, że tkanka ta została całkowicie usunięta, należy zawsze stosować rad. Dawkowanie musi być bardzo staranne, gdyż leczenie to ma takie samo znaczenie jak i sam zabieg chirurgiczny. W przypadkach nienadających się do operacji kombinowane leczenie chirurgiczne i energją promieniotwórczą może niejednokrotnie ulżyć chorej w jej cierpieniu a nawet przedłużyć jej życie. *H. Newlińska* (Lwów).

Leczenie rentgeno-radowe nienadających się do operacji raków jajnika. E. VOGT. Med. Klin. Nr. 44, 1933.

Przypadek raka jajnika, potwierdzony badaniem drobnowidowem, nienadający się do operacji spowodu daleko istniejących przerzutów, leczono skombinowanem leczeniem rentgeno-radowem i przez dwa lata chora nie miała żadnych dolegliwości. Po usunięciu raka jajnika autor naświetla zapobiegawczo Roentgenem pełną dawką rakową oraz radem w dawce 2000 mg/godz. 2 do 3 razy, przyczem macica służy za narząd, do którego zakłada rad. *Z. Godłowski* (Kraków).

Zagadnienie zapłodnienia u kobiet z metropatją leczoną radem. SIEGERD. Zbl. f. Gyn. Nr. 7, 1933.

Autor przychodzi do wniosku, że nie powinno leczyć się radem metropatyj u kobiet w wieku poniżej lat 40, gdyż z jednej strony i po leczeniu radem występują objawy wypadnięcia funkcji jajnika, z drugiej strony znane są przypadki następowego zajścia w ciążę. *T. Gizowski* (Lwów).

Leczenie (przewlekle) radem nienadających się do zabiegów operacyjnych raków odbytnicy. SCHREUS. Med. Klin. Nr. 44, 1933.

Przypadki raków odbytnicy, nienadające się do zabiegów operacyjnych, można przewlekłem naświetlaniem Roentgenem lub radem od strony jelita doprowadzić do bardzo znacznego zmniejszenia się, oraz można tamować dość skutecznie istniejące krwawienia z samego nowotworu. Często jednak po takiem leczeniu powstają blizny, które doprowadzają do obj.niedrożności przez zacieśnienie światła jelita; wówczas należy uciec się do założenia sztucznego odbytu. Dawki radu nie powinny być zbyt wielkie, by same przez się nie drażniły błony śluzowej odbytnicy. Leczenie takie należy prowadzić powoli, a bardzo długo.

Z. Godłowski (Kraków).

Sprawozdanie z 500 zapaleń wyrostka robaczkowego, leczonych operacyjnie. WEBER. Med. Klin. Nr. 46, 1933.

W przypadkach, w których istnieje tylko nieznaczne podejrzenie na istnienie zapalenia wyrostka robaczkowego, należy zawsze operować, nie odkładając zabiegu nawet od wieczora do rana, ponieważ ta krótka nieraz zwłoka może kosztować życie chorego. *Z. Godłowski* (Kraków).

Zapalenie okołostawowe barkowe. W. ALTSCHUL. Med. Klin. Nr. 44, 1933.

Bóle w barkach mogą pochodzić z przyczyn dwojakiego rodzaju: 1) albo spowodu podostro lub przewlekle przebiegającego zapalenia stawu barkowego, dalej wskutek neuralgji splotu barkowego, pourazowych zaników mięśni, wreszcie przez *myalgia scapularis* Fürstenberga, 2) albo wskutek ostro przebiegającego zapalenia okołostawowego barkowego. Synonimy tego schorzenia są: *ohmarthritis, bursitis calcanea acuta.*

Z. Godłowski (Kraków).

Dalszy przyczynek do izolowanego ziarniniaka złośliwego przewodu pokarmowego. O. SLOVAČEK. Čas. Lék. Česk., z. 31, 1934.

Autor opisuje przypadek ziarniniaka złośliwego, ograniczonego tylko do żołądka, odźwiernika i dwunastnicy, dwójczasowo operowany. Przy pierwszej operacji spowodu wielkości nowotworu, ciężkiego stanu chorego przeprowadzono *gea. retrocolica posterior.* Po 32 dniach resekcja części żołądka i dwunastnicy, zajętej ziarniniakiem, wykazującej jednak obraz anatomiczny zupełnie odmienny. Przez uwolnienie bowiem pasażu i usunięcie drażnienia nastąpiło gojenie się ziarniniaka, jak wykazują dołączone przez autora wyniki badań histologicznych po 1 i 2 operacji.

Autor zaleca w przypadkach, w których niemożliwem jest przeprowadzenie radykalnej operacji, przeprowadzić wpierw operację paljatywną (uwolnienie pasażu), a dopiero po poprawie stanu chorego radykalnie operować.

Izolowany ziarniniak złośliwy przewodu pokarmowego należy do rzadkości. Dotychczas ogłoszono 23 przypadków (między innemi wylicza autor i przypadek opisany przez prof. Dr. Nowickiego). Autor zaznacza, że przypadek jego jest narazie jedynym opisanym przypadkiem ziarniniaka przewodu pokarmowego, w którym makroskopowo i histologicznie stwierdzono uderzająco szybkie gojenie po usunięcie drażnienia.

Ungar (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Polska Akademja Umiejętności. IV. Wydział Lekarski.

Posiedzenie z dnia 21 marca 1934.

Przewodniczący: Dyrektor: H. Hoyer.

Czł. L. Wachholz przedstawił pracę, wykonaną przez siebie wspólnie z Wł. Baranowskim i H. Kaczyńskim p. t. *Studja spektroskopowe nad niektóremi pochodnemi hemoglobiny.*

Celem badań autorów było przekonanie się, czy pewne twierdzenia G. Flury'ego i H. Zanggera odpowiadają rzeczywistości. Autorów zajęła przedewszystkiem sprawa widma obojętnej methemoglobiny (Met-Hb), które Flury i Zangger określają jako składające się z 4 smug pochłonnych. Ze smug tych jest zdaniem Flury'ego i Zanggera znamienna dla obojętnej Met-Hb smuga przy linji Frauenhofera D, „więc w pasie czerwonym". Skolei zajęły autorów twierdzenia Flury'ego i Zanggera, głoszące, że widmo obojętnej Met-Hb nie ulega odtlenieniu pod wpływem siarczku amonu tak, jak widmo CO-Hb, i że powstająca w krwi zaczadzonych po śmierci wskutek gnicia obojętna Met-Hb utrudnia znacznie wykrycie CO-Hb dlatego, ponieważ nie ulega odtlenieniu i pozostawia w swem widmie dwie smugi przy D, które można mylnie uznać za smugi widma CO-Hb.

Autorzy, przytoczywszy odnośnie do powyższych twierdzeń Flury'ego i Zanggera zasadniczo odmienne zdania Hoppe-Seylera, Jäderholma, Bertin-Sansa, Hammarstena, Arakigo, Dittricha, Koberta i innych, oraz przedstawiwszy własne badania, poparte dokładnemi spektrofotogramami, dochodzą wkońcu do następujących wniosków:

1) Widmo rozczynu, zawierającego samą Met-Hb obojętną, składa się tylko z jednej smugi pochłonnej w pasie czerwonym ($\lambda = 642 - 615$, od $\lambda = 590$ do fioletu zupełna absorbcja światła) blisko linji Frauenhofera C, a nie, jak twierdzą Flury i Zangger, „w czerwonem przy D", gdyż linja Frauenhofera D tkwi już w pasie zielonym.

2) Widmo rozczynu barwika krwi, złożone z kilku smug absorpcyjnych, które oprócz smugi przy C, znamiennej dla Met-Hb obojętnej, posiada jeszcze dwie smugi w pasie zielonym między D i E, jest widmem mieszanem Met-Hb obojętnej i O-Hb lub CO-Hb. Jeżeli po dodaniu do takiego rozczynu świeżego siarczku amonu znikną nietylko smuga przy C, lecz także obie smugi między D i E, w miejsce których pojawi się smuga szeroka o nieostrych obrysach Hb odtlenionej, to rozczyn badany składał się pierwotnie z Met-Hb obojętnej i z O-Hb. Jeżeli natomiast obie smugi w pasie zielonym między D i E nie znikną po dodaniu świeżego siarczku amonu, a zniknie tylko smuga przy C, to rozczyn badany składał się z Met-Hb obojętnej, która uległa odtlenieniu na Hb, i z CO-Hb, której widma siarczek amonu nie zmienia.

3) Met-Hb obojętna w rozczynie ulega pod wpływem odczynników odtleniających niezwłocznie odtlenieniu na Hb odtlenioną przy równoczesnej zmianie zabarwienia swego rozczynu brązowego lub żółtego na czerwony.

Tę samą zmianę zabarwienia rozczynu brązowego lub żółtego Met-Hb obojętnej wywołują także wszelkie zasady rozcieńczone, dalej związki cyjanowe, oraz azotan sodowy i potasowy. W pierwszym przypadku powstaje w rozczynie z Met-Hb obojętnej Met-Hb zasadowa, posiadająca znamienne widmo, w drugim przypadku zależnie od ilości i zgęszczenia dodanego związku cyjanowego albo Cy-Hb (Ziemcke), albo Cy-hematyna (Szigeti), która po odtlenieniu zmienia się w Cy-hemochromogen o widmie, różniącem się od widma zwykłego hemochromogenu (Wachholz-Sieradzki). Azotany sodu lub potasu zaczerwieniają rozczyn Met-Hb obojętnej, nie zmieniając jednak jej widma.

5) Met-Hb. obojętna, powstała częściowo np. przy gniciu krwi, zawierającej CO, nie może utrudnić wykrycia CO w krwi tej, jak długo tylko krew ta zawiera jeszcze CO-Hb, lub CO-hemochromogen, które nie zmieniają swego widma, złożonego z dwóch smug w pasie zielonym między D i E (przy D=584—565 i przy Eλ=552—522, lub przy Dλ=578—557 i przy Eλ=545—520).

Czł. K. Lewkowicz przedstawił swoją pracę p. t. *Nadrzędność zmian splotowych w stosunku do oponowych w powstawaniu nagminnego zapalenia opon. Warunki utrzymywania się i zanikania zakażenia w ogniskach zapalnych.* (Ukaże się w jednym z najbliższych numerów P. G L.).

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 25 października 1933.

1. Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia z dnia 18 października r. b.

2. Pokazy chorych:

A) Kol. Szyfman przedstawił 2 przypadki z oddziału A szpitala Poznańskich w Łodzi.

Przyp. I. Chory lat 57, u którego rozpoznanie nastręczało początkowo wielkie trudności. Choroba obecna rozpoczęła się przed rokiem od ogólnego osłabienia; przed 6 miesiącami nagle wystąpiły pakiety gruczołów nad obojczykami i ból w prawym boku; chory stale gorączkował. W dniu przybycia do szpitala stwierdzono: w dołkach nadobojczykowych pakiety drobnych gruczołów, niezrośniętych z podstawą, niebolesnych; obustronny wysięk opłucnowy; płyn wydobyty z opłucnej surowiczy, zapal-

ny, w osadzie limfocyty. OB — 35 m. Mantoux dodatni w 6 rozcieńczeniu. Zdjęcie klatki piersiowej: twarde cienie zagęszczenia w prawym szczycie; w prawem środkowem polu płucnem — zrost międzypłatowy, zaciemnienie obu dolnych pól płucnych wraz z kątem przeponowo-żebrowym. Przepona ruchoma. Diazo ujemne. Wa. ujemny. Morfologja nic osobliwego. Przy różniczkowaniu wchodziły w rachubę: *tumor*, wychodzący z klatki piersiowej, *lymphogranulomatosis*, wreszcie rzadka w tym wieku „dziecięca" postać gruźlicy gruczołów z zaatakowaniem opłucnej. Zbadany histologicznie wycięty gruczoł wykazał, że mamy do czynienia z gruźlicą. Przypadek zasługuje na uwagę z dwóch względów: 1) na rzadkość tej postaci gruźlicy w podeszłym wieku; 2) ze względu na pewien efekt terapeutyczny stosowania tuberkuliny: zmniejszyły się znacznie gruczoły, powiększyła się ilość moczu, na co przy leczeniu wysięków gruźliczych specjalną uwagę zwraca Neuman.

Przyp. II. Chora lat 42, która od kilku tygodni ma uporczywe, prawie stałe bóle w lewej kończynie górnej; bóle te wzmagają się przy wysiłku, ustępują pod wpływem nitrogliceryny. Badanie kliniczne, zdjęcie rentgenowskie, dodatni Wa we krwi — uprawniają do rozpoznania *Mesaortitis luica*. Zasługują na uwagę stałe bóle w lewej kończynie górnej pochodzenia naczyniowego.

B) Kol. Chrzanowski przedstawił krzywą elektrokardjograficzną 2 przypadków częstoskurczu na tle trzepotania przedsionków, gdzie po podaniu naparstnicy w większych dawkach (*pulv. fol. Digitalis* około 1,0 dziennie) trzepotanie poprzez migotanie przedsionków przeszło w rytm zatokowy.

W dyskusji zabierali głos kol. Kryszek i Bender.

C) Kol. Bender przedstawił 2 przypadki *dusznicy bolesnej na tle wady serca*, leczone objawowo pomyślnie domięśniowemi zastrzykami mleka.

3. Kol. Kocen wygłosił referat pod tytułem: *„O wartości klinicznej przyżyciowego badania szpiku kostnego"*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 28 listopada 1933 roku.

1. Kol. Modrakowski J., czł. T-wa, wygłasza odczyt p. t.: *„Zarys farmakologji kokainy"*.

2. Kol. Nelken wygłasza odczyt p. t.: *„Klinika kokainizmu i jego leczenie"*.

Rozprawy:

Kol. Grzywo-Dąbrowski W., czł. Twa, obserwacje wykazały, że kokaina działa pobudzająco na sferę płciową, zwłaszcza kobiet. Stąd obserwowano stosowanie kokainy u prostytutek przed stosunkiem płciowym. Są przypadki, gdzie pod wpływem kokainy występowało u mężczyzn pobudzenie ze sfery odbytniczej i w następstwie popęd do pederastji biernej. Pozatem stwierdzano pod wpływem kokainy występowanie ejakulacji. W praktyce dentystycznej, po zastosowaniu kokainy stwierdzano tak znaczne podniecenie płciowe, że kobiety, skądinąd zupełnie normalne, zdradzały czyny wchodzące w zakres patologji. Na tle pobudzenia kokainowego dochodzi nieraz do konfliktów prawnych. Co się tyczy materjału sekcyjnego ostrych zatruć, jest on bardzo skąpy. Charakterystycznych zmian makroskopowych niema, conajwyżej stwierdzano obrzęk mózgu, przekrwienie opon mózgowych i mózgu. Mikroskopowo znajdowano zaczopowanie drobnych naczyń mózgowych. W przypadkach przewlekłych stwierdza się wyniszczenie, przebicie przegrody nosowej na skutek martwicy (skurcz naczyń włosowatych, po stosowaniu kokainy jako tabaczki), pozatem znajdujemy blizny po ropieniach, ślady po wstrzykiwaniach (na przedniej powierzchni ciała). Mikroskopowo stwierdza się zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, ścian naczyń mózgowych. Podobne zmiany stwierdzano u zwierząt zatruwanych doświadczalnie.

Kol. Lauber J., czł. Twa. Kokaina jest niezastąpionym dotychczas środkiem leczniczym w okulistyce dlatego, że nietylko szybko powoduje wybitne znieczulenie spojówki, rogówki i nawet tęczówki, ale jednocześnie zwęża naczynia i przy wpuszczaniu do worka spojówkowego wywołuje nieznaczne tylko pieczenie. Liczne dotychczas zalecone środki zastępcze jak psikaina, tutokaina, panthesina, pantokaina, perkaina, holkaina, larokaina, tropokokaina przy zakraplaniu do worka spojówkowego albo zbyt słabo znieczulają, lub też rozszerzają naczynia i powodują znacznie silniejsze uczucie pieczenia, niż to czyni kokaina. Jednoczesne zapuszczanie rozczynu adrenaliny, choć zwęża naczynia przy zastosowaniu środków zastępczych, nie powoduje dostatecznej anemji, żeby wytworzyć najlepsze warunki dla zabiegów operacyjnych.

Zawsze jeszcze widzi się recepty różnych kropel do oczu, jak np. rozczynu siarczanu cynku, w których przepisana jest jako dodatek kojący kokaina. Jest ona w tych przypadkach nietylko niepotrzebna, lecz nawet działa przeciwnie do środka leczniczego głównego. Może zatem z tych recept zniknąć zupełnie. Tylko w bardzo rzadkich przypadkach nie można uniknąć przepisania rozczynu kokainy dla własnego użytku chorego. Należy przytem pamiętać, że kokaina działa trująco na nabłonek rogówki, który po zastosowaniu kokainy się łuszczy, co może nawet spowodować powstanie nadżerek.

Przy obustronnem zastosowaniu kokainy wskutek znieczulenia powierzchni gałek może zniknąć odruch mrugania, przez co może powstać wyschnięcie powierzchni rogówki, łuszczenie się nabłonka aż do powstania nadżerek, nietylko bardzo bolesnych, lecz także otwierających bramę dla zakażenia drobnoustrojami, tak często znajdującemi się w worku spojówkowym. Dlatego stosowanie kokainy do obu oczu jednocześnie może się odbyć tylko pod kontrolą lekarza albo odpowiedzialnej pielęgniarki, którzy zabezpieczą przez opatrunek oczy od powierzchownego wysychania.

Przy stosowaniu kokainy w rozczynach do 5%, jakich się używa w okulistyce, i to li tylko dla znieczulenia przy zabiegach, jako środek przepisany „do rąk lekarza", niebezpieczeństwo przyzwyczajenia się do kokainy jest prawie wyłączonem. Dla znieczulenia przez zastrzykiwania używają okuliści tylko nowokainy, tak, że kokaina dla tych celów jest zupełnie zarzucona.

Kol. Orłowski W., czł. Twa: w medycynie wewnętrznej stosuje się kokainę i jej pochodne — anestezynę i ortoform. Podaje się kokainę w chorobie wrzodowej, w zwężeniach przełyku czy żołądka, nieżycie wrzodziejącym jelita grubego i t. d. Ostatnio szkoła wiedeńska podaje kokainę w dusznicy bolesnej. Stosując ortoform, należy pamiętać, że nie działa on na nieuszkodzoną błonę śluzową i skórę, nie powinien mieć zatem zastosowania w przeczulicach. Stosowanie ortoformu w dużych dawkach zwłaszcza w środowisku alkalicznem musi wywołać nawet duże owrzodzenie błony śluzowej, anestezyna nie ma takiego działania. Prócz tego stosuje się obecnie przykręgowe wstrzykiwanie nowokainy na poziomie IX wyrostka piersiowego po stronie prawej w kamicy żółciowej; na poziomie 12 kręgu piersiowego po str. lewej i prawej przy kamicy nerkowej, oraz w dusznicy bolesnej na poziomie 1—3 kręgu piersiowego (nie niżej). W zakresie chorób wewnętrznych pod względem leczniczym możemy się obejść bez kokainy, toteż internista nie przyczynia się do szerzenia kokainizmu. Nie możemy jednak odrzucić kokainy, o ile chodzi o diagnostykę. Stosujemy ją stale w bronchografji. Trzeba być przytem bardzo ostrożnym zwłaszcza u dzieci. Przy wystąpieniu objawów zatrucia należy zastosować dożylnie *calcium chloratum*, które usuwa groźne objawy prawie natychmiast.

Kol. Higier H., czł. Twa, surogaty kokainy nie przyczyniają się do rozwinięcia kokainizmu. Należy rozróżnić kokainofagję od kokainomanji. Chory z nowotworem przełyku, któremu kokaina przynosi ulgę, staje się kokainofagiem; natomiast kokainoman jest neuropatą. Pod wpływem zmartwień, ciężkich przeżyć przyzwyczaja się do kokainy. Kol. Higier przypomina przedstawiony przed 25 laty przypadek ciężkiego kokainizmu u dentysty. Kol. H. przytacza kilka objawów charakterystycznych dla zatrucia kokainowego, w odróżnieniu od zatrucia alkoholowego. Obecność śladów po wstrzykiwaniach w postaci brunatnych blizn, skargi na odczuwanie obcego ciała, kryształków kokainy — pod skórą. To ostatnie zjawisko jest przejawem iluzji czucia, nie neurytu i znika przy abstynencji. Objawy delirjum kokainowego przypominają objawy w zatruciu alkoholem, czasami jednak chory miewa ideje wielkości przypominające porażenie postępujące. Przy podnieceniach kokainowych, często wpływa dodatnio morfina, czemu przeczą nowsze badania. Przy kokainiźmie dochodzi niekiedy do zabójstw i samobójstw. Objawy abstynencji są w kokainiźmie daleko łagodniejsze niż w morfiniźmie, jednak istnieją.

Kol. Łuniewski W., czł. Twa, podkreśla, że kokaina wywołuje uczucie lekkości i pewności ruchów. Przytacza własny przypadek kokainistki - prostytutki, która zamordowała człowieka. Podawała ona, że miała uczucie jakby mogła wspinać się na drzewa. Może wskutek tego kokainizm szerzy się wśród lotników.

Kol. Rutkowski J., (czł. Twa), przypomina, że kokaina została wprowadzona do chirurgji w r. 1846 przez Kellera — w postaci pędzlowania błon śluzowych, wstrzykiwań podskórnych, lub nawet głębszych. Obecnie, przy istnieniu preparatów zastępczych — w chirurgji możemy się prawie całkowicie obejść bez kokainy. Wyjątek stanowią zabiegi w jamie ustnej — drobne ropnie podśluzówkowe, pozatem stosujemy kokainę w czopkach przy bolesnych żylakach odbytu, oraz niekiedy do cystoskopji. Bardzo dobrym preparatem jest polokaina. Chirurgja w obecnym stanie rzeczy nie przyczynia się do rozpowszechnienia kokainizmu.

Kol. Modrakowski J., człon. Twa, podkreśla, że ortoform powinien być usunięty z repertuaru leczniczego. Źle bowiem wpływa na gojenie się ran, oraz wywołuje methemoglobinemję. Lepiej działa cykloform, rozpuszczalny w oliwie. Chlorek wapnia zalecano dawniej jako odtrutkę kokainy, obecne prace odmawiają mu tego działania. Polecane jest natomiast stosowanie leczniczo weronalu, lub innych środków z grupy kwasu barbiturowego. Podawanie morfiny w zatruciu kokainowem kol. M. uważa za niewskazane, zwłaszcza w zatruciach bardzo ciężkich. W okresie oszołomienia morfina może być pomocna. Chorym — psychopatom nie należy podawać morfiny. O ile chodzi o działanie farmakonadymiczne — morfina drażni układ parasympatyczny, kokaina sympatyczny.

Kol. Modrakowski J., czł. Twa, wygłasza odczyt p. t. „Zarys farmakologji pochodnych kwasu barbiturowego".

Kol. Mozołowski St. wygłasza odczyt p. t. „Wskazania do stosowania i nadużywania pochodnych kwasu barbiturowego".

Rozprawy:

Kol. Pekielis R. Zakres wskazań do stosowania pochodnych kwasu barbiturowego powinien być powiększony. Wskazać należy przedewszystkiem na pomyślne wyniki, uzyskane po stosowaniu domięśniowem gardenalu sodowego w zespole Adams-Stokes'a o bardzo ciężkim przebiegu, w przełomie żołądkowym *(crises gastriques du tabes).*

Należy również uwypuklić pożyteczność stosowania dożylnego gardenalu sodowego w ostrych zatruciach kokainą.

Również mało jest podkreślana niezmiernie cenna pomoc, jaką uzyskać można stosując luminal w tężcu.

Wreszcie, jako ostatnie, dziś niewzmiankowane, wskazanie do stosowania doustnego względnie domięśniowego gardenalu sodowego lub luminalu podał dusznicę bolesną. Przy objawach ostrego zatrucia środkami grupy barbiturowej, podkreśla spostrzegany przez siebie wraz z Dr. Offenbergiem objaw naprzemiennego zwężania się i rozszerzania źrenic w jednym, zresztą śmiertelnym przypadku zatrucia weronalem. Pozatem z własnych obserwacyj nad zatruciem weronalem lub luminalem czy innemi pochodnemi barbiturowemi, podkreślam występujące przeważnie zatrzymanie moczu, zmuszające do mechanicznego opróżnienia pęcherza.

Pod względem prognostycznym wydają się godnemi uwagi dwa objawy:

1. znaczne podniesienie się ciepłoty, do 39—40 stop. oraz
2. brak odruchów ścięgnistych, szczególnie kolanow. i z Achillesa. Oba przemawiają raczej za zejściem niepomyślnem.

W leczeniu ostrych zatruć środkami barbiturowej grupy, poza stosowanemi zwykle w tych wypadkach dożylnie czy podskórnie koraminą, kardjazolem, kofeiną, strychniną, cukrem gronowym i t. d., szczególną wartość posiada stosowanie:

1. lobeliny dożylnie — kilkakrotnie po 0.01 oraz
2. wdechanie mieszaniny CO_2 z O_2.

O ile nie ma się możności otrzymania właściwej 7% mieszanki CO_2 z tlenem wraz z odpowiednią aparaturą, można sobie radzić doskonale, stosując CO_2 ze zwykłych syfonów z wodą sodową. Wystarczy opróżnić syfon do połowy, obrócić dnem do góry i nacisnąć dźwignię; wówczas czyto bezpośrednio, czyto przez rurkę gumową, szczelnie nasadzoną, CO_2 przez nos dostaje się do dróg oddechowych; trzeba przyznać, że w niektórych przypadkach z ciężkiemi zaburzeniami rytmu oddechowego do bezdechu włącznie udawało się w ten dość prosty sposób uzyskiwać wybitnie pomyślny wpływ na oddechanie.

Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*
Zastępca Sekretarza Dorocznego: *M. Kruszówna.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Władysław Mazurkiewicz.

Dnia 21 stycznia 1934 r. odbyła się w auli Uniwersytetu Warszawskiego akademja żałobna ku czci zmarłego dnia 6 sierpnia 1933 r. profesora zwyczajnego farmakognozji i botaniki lekarskiej U. W., Dr. med. Władysława Mazurkiewicza.

Akademję zagaił podniosłem przemówieniem Jego Magnificencja Rektor Prof. Dr. Pieńkowski, poczem w imieniu Wydziału Lekarskiego, którego Zmarły był długoletnim członkiem i Dziekanem, przemawiał Prof. Czubalski i Prof. Michałowicz, w imieniu zaś Wydziału Farmaceutycznego Dziekan, Prof. A. Koss i Docent Ossowski. W przemówieniach tych zarysowała się wyraźnie postać ś. p. Prof. Mazurkiewicza, jako wybitnego uczonego, organizatora i człowieka o wielkich, nieprzeciętnych walorach umysłu i ducha.

Prof. Władysław Mazurkiewicz urodził się 23. IX. 1871 r. w majątku Kamień na Wołyniu, szkołę średnią ukończył w Petersburgu, gdzie również odbył studja medyczne w Akademji Wojskowo-Lekarskiej. Dzieciństwo swoje spędził w atmosferze polskiego kresowego dworu ziemiańskiego, przepojonej wspomnieniami walk o niepodległość, których echa w latach dzieciństwa ś. p. Mazurkiewicza tak były jeszcze świeże po roku 1863. W otoczeniu ś. p. Mazurkiewicza były nietylko wspomnienia, ale i żywa tradycja walki z przemocą, nie dziw więc, że w tych warunkach kształtowana od pierwszych lat życia dusza Mazurkiewicza uzewnętrzniła się w Jego latach dojrzałych w czynach pełnych patrjotycznego napięcia i całkowitego oddania się sprawie narodowej. Przeniknięty gorącą miłością Ojczyzny i wiarą w Jej prawo do wolności, którą trzeba jednak dopiero wywalczyć choćby za cenę własnego życia, wstępuje Mazurkiewicz jako młody student do tajnej organizacji politycznej, działającej pod nazwą polskiej partji socjalistycznej, której celem było pozyskanie dla idei niepodległości najszerszych warstw ludowych i przygotowanie ich do późniejszej walki zbrojnej z najazdem. W organizacji tej należał zawsze do tych, którzy pierwsi gotowi byli poświęcić się dla umiłowanej sprawy. Toteż gdy zaszły okoliczności, kiedy trzeba było zaryzykować nietylko wolność osobistą, ale i życie własne dla ratowania innego cenniejszego życia Wodza ruchu niepodległościowego, Józefa Piłsudskiego, Mazurkiewicz bez wahania podejmuje się powierzone Mu zadanie wykonać. Jest to jeden z Jego przełomowych momentów, w którym rozpoczynająca się działalność zawodowa i naukowo-lekarska Mazurkiewicza łączy się najściślej z Jego działalnością polityczno-narodową, idąc w danej chwili na jej służbę i całkowicie się jej podporządkowując. Wstępuje On w tym czasie, jako lekarz, do szpitala dla nerwowo i psychicznie chorych, Mikołaja Cudotwórcy w Petersburgu, poświęca się całkowicie tej specjalności, zyskując uznanie ze strony zwierzchności szpitala, co Mu znakomicie ułatwia przeprowadzenie akcji, która, zdawało się, leżała w granicach niepodobieństwa. W biały dzień, pod okiem czujnej zawsze żandarmerji i policji rosyjskiej, Mazurkiewicz uprowadza znajdującego się na obserwacji w szpitalu wielce niebezpiecznego dla rządu rosyjskiego więźnia, Józefa Piłsudskiego i przywraca Mu wolność za cenę bohaterskiego napięcia wszystkich sił ducha w obliczu grozy utraty własnej wolności albo i życia, gdyby zuchwały plan się nie powiódł. Po szczęśliwem przeprowadzeniu tej akcji Mazurkiewicz zmuszony był opuścić granice państwa carów i udać się na tułaczkę, szlakiem dawnych polskich emigrantów. Pomimo tak silnych przeżyć, które wstrząsnęły Nim do głębi, ten mocny duchem człowiek nie przestaje nadal pracować, choć w zmienionych już warunkach pobytu poza granicami zaboru rosyjskiego, na rzecz ukochanej przez Niego idei walki o wolność kraju. Przebywa jakiś czas w Wiedniu i Pradze Czeskiej, gdzie pogłębia swoje wiadomości lekarskie, a następnie przenosi się do Katowic, redagując tam „Gazetę Robotniczą". Przyszły lata 1904 i 1905, kiedy ruch rewolucyjny, jako następstwo przegranej przez Rosję wojny z Japonją, wstrząsnął gmachem carskiego imperjum i gdy budziły się żywe nadzieje uzyskania wolności i dla Polski. Mazurkiewicz, rozumiejąc doniosłość momentu historycznego, wraca do pracy konspiracyjnej w zaborze rosyjskim i bierze czynny udział w walce, nie bacząc na ogromne niebezpieczeństwo osobiste, grożące Mu w większym jeszcze stopniu niż innym, jako poszukiwanemu przestępcy politycznemu. A kiedy walka ta skończyła się chwilową przegraną, wyjeżdża ponownie za kordon i osiedla się na stałe we Lwowie, gdzie dzięki bliższej znajomości z byłym wychowankiem Akademji Wojskowo-Lekarskiej w Petersburgu, prof. Leonem Popielskim, uzyskuje skromną posadę asystenta przy katedrze farmakologji i farmakognozji Wydziału Lekarskiego i poświęca się pracy naukowej pod kierunkiem tegoż profesora. Odtąd życie ś. p. Władysława Mazurkiewicza potoczyło się po torze działalności naukowej, pedagogicznej i organizacyjnej na terenie uniwersyteckim. W latach 1906—1910 ogłosił On szereg prac z zakresu fizjologji, dotyczących czynności gruczołów ślinowych i trzustki. Najwybitniejszą z nich jest niewątpliwie praca p. t.: „Części stałe i teorja wydzielania soku trzustkowego", ogłoszona po polsku w tomie I „Rocznika Lekarskiego", wydawanego przez wydział lekarski i Tow. Lekarskie Krakowskie oraz po niemiecku w tomie 121 *„Archiv für die gesamte Physiologie"*. Praca ta ma dla poruszonego w niej zagadnienia znaczenie podstawowe i, jeżeli chodzi o dane faktyczne i oparte na nich wnioski, nie straciła dotąd nic na wartości. Mazurkiewiczowi udało się dowieść, że wbrew poglądom Pawłowa i jego szkoły, zawartość części stałych soku trzustkowego zależy jedynie od szybkości wydzielania się soku a nie od rodzaju bodźca, przyczem zmienność części stałych dotyczy tylko składników organicznych, zawartość zaś ilościowa

części mineralnych zawsze jest stała, równając się procentowo zawartości tych składników w surowicy krwi, bez względu na szybkość wydzielania się soku. W sporze, jaki praca ta wywołała ze szkołą Pawłowa, słuszność pozostała po stronie Mazurkiewicza. W ścisłym związku z powyższą pracą są badania Mazurkiewicza nad wpływem soku trzustkowego, wprowadzonego dożylnie, na ciśnienie krwi, wydzielanie śliny i soku trzustkowego. Spostrzeżenie, że sok trzustkowy, wprowadzony do krwiobiegu, silnie obniża ciśnienie krwi, nabiera w świetle współczesnych danych o istnieniu w trzustce specyficznych ciał depresyjnych, szczególniejszego znaczenia. Trzecią grupę prac stanowią badania z zakresu zjawisk kontrastowych w czynności wydzielniczej ślinianek, są to badania, w których najbardziej zaznacza się indywidualne piętno Mazurkiewicza badacza, zarówno w samem postawieniu zagadnienia, jak i w stosowanej metodyce. Mazurkiewicz, opierając się na zjawiskach kontrastów smakowych, zauważył, że zmiany wydzielnicze pod wpływem różnych bodźców, obserwowane na psach z przetoką przełykową, umożliwiającą zbieranie całej wydzielonej w danym momencie śliny, idą równolegle do zmian spostrzeganych na materjale ludzkim w odczuwaniu poszczególnych smaków. Autor przeprowadzając różniczkową analizę badanych przez siebie zjawisk, wypowiada się na korzyść poglądu, który nie uznaje istnienia oddzielnych specyficznych zakończeń smakowych, wrażliwych wyłącznie na jeden z czterech podstawowych rodzajów smaków (słodki, gorzki, słony i kwaśny) lecz sądzi, że różnorodność wrażeń smakowych zależy jedynie od niejednakowej siły bodźca na zakończenia nerwowe, których położenie względem powierzchni błony śluzowej jamy ustnej jest dla poszczególnych zakończeń różne, przeto i różnorodne bodźce niejednakowo silnie na wszystkie te zakończenia mogą działać. Mając już za sobą bardzo poważny dorobek naukowy w dziedzinie pewnych działów fizjologji, Mazurkiewicz przerzucił się wobec potrzeb, jakie wtedy zaistniały na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Lwowskiego i za namową prof. Popielskiego, jako kierownika katedry farmakologji i farmakognozji, na teren badań farmakognostycznych. Celem pogłębienia swych wiadomości z tego zakresu, Mazurkiewicz wyjeżdża w 1907 roku do pracowni słynnego farmakognosty w Bernie Szwajcarskim, prof. Tschircha i wykonuje tam pracę, ogłoszoną w rocznikach Akademji Umiejętności w 1910 r. p. t.: „Typy anatomiczne kory cynamonowca". Na podstawie tej pracy Mazurkiewicz uzyskał w Uniwersytecie Lwowskim stopień docenta i, otrzymawszy stypendjum Akademji Umiejętności, im. Osławskiego, powtórnie wyjeżdża do Szwajcarji, do profesora Hartwicha w Zurychu, prowadząc tam dalej badania naukowe w zakresie specjalnych działów farmakognozji. Po powrocie ze Szwajcarji Mazurkiewicz poświęca się w Uniwersytecie Lwowskim całkowicie pracy naukowej i pedagogicznej w obranym przez siebie nowym kierunku.

Bezpośrednio przed wybuchem wojny światowej ś. p. Mazurkiewicz uzyskuje na Wydziale Lekarskim Uniw. Lwowskiego tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1916 r. zostaje powołany przez Senat nowoorganizującej się Wszechnicy Warszawskiej na katedrę farmakognozji rozpoczynającego swój odrębny żywot wydziału lekarskiego. W latach 1917—1919 zostaje wybrany dziekanem, prowadząc wśród bardzo trudnych ówczesnych warunków wojennych dalszą organizację wydziału. Można śmiało powiedzieć, że Mazurkiewicz, kładąc podwaliny wydziału lekarskiego, był jego rzeczywistym twórcą i organizatorem. W związku z dalszym rozwojem poszczególnych działów Uniwersytetu Warszawskiego Mazurkiewicz zostaje dyrektorem oddziału farmaceutycznego, wycofując się odtąd częściowo z działalności na wydziale lekarskim. Na nowej placówce poświęca teraz całą swoją energję sprawie podniesienia poziomu wykształcenia farmaceutów, doprowadzając wreszcie wielkiemi ze swej strony wysiłkami do utworzenia pierwszego i jak dotąd jedynego w Polsce wydziału farmaceutycznego w Un. Warszawskim. Zostaje On pierwszym dziekanem tego wydziału i nie ustaje ani na chwilę w dalszej jego organizacji. W ten sposób zrealizował On dawno, bo od chwili zetknięcia się jeszcze we Lwowie ze światem farmaceutycznym, ideę takiego podniesienia poziomu nauczania w tem środowisku, aby w młodem pokoleniu farmaceutów kraj mógł znaleźć nietylko wybitnych fachowców ale i w pełni wykształconych przyrodników, zwłaszcza w zakresie chemji, co powinno się dodatnio odbić na rozwoju chemicznego przemysłu krajowego, zwłaszcza farmaceutycznego. Świat farmaceutyczny w znacznej mierze zrozumiał szlachetne tendencje Mazurkiewicza w tym kierunku i przez swych światłych przedstawicieli dawał Mu dowody szacunku i uznania. Jako kierownik wydziału farmaceutycznego i zakładu oraz ogrodu farmaceutycznego zajmuje się Mazurkiewicz nietylko sprawami organizacyjnemi, lecz i badaniami naukowemi, zwracając teraz główną uwagę na wychowanie nowych sił naukowych. Pracownia Mazurkiewicza staje się rzeczywiście w niedługim czasie głównym ośrodkiem pracy w zakresie nauk farmaceutycznych, na podstawie prac tam wykonanych habilitowało się czterech docentów, a mianowicie: ś. p. mag. Biernacki, ś. p. inż. Wisłouch, Dr. Dobrowolski i Dr. Ossowski. W tym okresie z zakładu farmakognozji wyszło kilkadziesiąt prac uczniów Mazurkiewicza bądź Jego własnych. Sprawy, któremi się w tym czasie zajmował Mazurkiewicz, dotyczyły głównie kwestji ustalenia słownictwa anatomiczno-botanicznego oraz zagadnień związanych z chemizmem komórki roślinnej i zjawisk mikrofotografji w ciemności. Poza działalnością ściśle uniwersytecką Mazurkiewicz pracował także bez wytchnienia w wielu instytucjach kulturalno-naukowych, społecznych i wydawniczych; między innemi był członkiem Najwyższej Rady Zdrowia i przewodniczącym Komisji dla opracowania polskiej farmakopei. W uznaniu wielkich zasług, jakie położył przez swą działalność na polu naukowem, społecznem i politycznem, Mazurkiewicz został odznaczony Krzyżem „Niepodległości Polski" i Krzyżem Komandorskim orderu „Polonia Restituta". Pracowite i piękne było życie tego człowieka, który tak cicho i spokojnie odszedł od nas na zawsze, wywołując tem głęboki żal i smutek w gronie tych wszystkich, którzy mieli szczęście żyć z Nim blisko, jako koledzy i przyjaciele i potrafili ocenić całe piękno Jego szlachetnej duszy, nieznającej granic ofiarności i oddania się sprawom publicznym wyższego rzędu. Odszedł w świat cieniów z poczuciem spełnionego tutaj obowiązku i ze świadomością, że najdroższa sercu Jego sprawa, dla której poświęcił nietylko spokój i zwykłe codzienne szczęście człowieka ale ryzykował i życie własne, sprawa Niepodległości Polski została zrealizowana. A w realizacji tego wielkiego Ideału odczuwał i swój własny udział. *Fr. Czubalski* (Warszawa).

P. S. Spis wszystkich prac wykonanych przez ś. p. Profesora Władysława Mazurkiewicza oraz Jego uczniów podany jest w artykule Dr. Mjr. H. Beckera w „Lekarzu Wojskowym" T. XXII. Nr. 4. z 1933 r.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

24. III. b. r. odbyło się w Szpitalu Św. Ducha w Warszawie zawieszenie w sali posiedzeń portretu prof. dr. Szczęsnego Bronowskiego, wieloletniego Lekarza Naczelnego i ostatnio b. Dyrektora tegoż Szpitala.

W auli Uniwersytetu Poznańskiego odbyła się uroczysta akademja ku uczczeniu pamięci zmarłych mikrobiologów francuskich E. Roux i A. Calmette'a. Przed licznie zgromadzoną publicznością przemawiali Rektor prof. dr. St. Runge, dziekan wydz. lek. prof. dr. J. Hoffman, prof. U. J. dr. O. Bujwid i prof. L. Padlewski.

Prof. d'Hérelle opuścił dotychczas zajmowaną katedrę Uniw. Yale w New Haven (U. S. A.) celem objęcia kierownictwa Instytutu chorób infekcyjnych w Tyflisie, gdzie będzie kontynuował opracowanie problemu bakterofagji.

Zmarli.

Dr. Jan Woyciechowski, długoletni kierownik pracowni analitycznej i honorowy konsultant szpit. św. Łazarza zmarł w Warszawie. Żył 86 lat.

Dnia 14 kwietnia zmarł w Warszawie dr. Kazimierz Skarżyński, zastępca naczelnego lekarza Sekcji Wychowania Fizycznego i Higjeny Szkolnej zarządu m. Warszawy, były lekarz Szpitala Dzieciątka Jezus. Żył lat 66.

Dnia 12 kwietnia zmarł w Warszawie dr. Leon Antoni Płużański, lekarz Ubezpieczalni Społecznej, b. lekarz Szpitala św. Łazarza, major rez. W. P. Przeżył 55 lat.

Dnia 7 kwietnia zmarła w Warszawie dr. Kazimiera z Kobylińskich Falkowska, przeżywszy 47 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

IX posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 20 kwietnia b. r. Dobrzański A.: a) Przyp. ropniaka zatoki czołowej i sitowej, b) Przyp. ciała obcego w jamie szczękowej. Szymonowicz J.: Karbunkuł wątroby. Bross W.: Tętniak tętnicy biodrowej zewn. (aneurysma verum), leczony operacyjnie. Frenklowa: Psychoterapja — metody i krytyka.

VI posiedzenie Wydziału Poznańskiego odbyło się 20 kwietnia b. r. Prof. dr. W. Kapuściński: Postępy chirurgji okulistycznej w latach ostatnich. Prof. dr. S. Borowiecki i prof. dr. W. Kapuściński: Trzy przypadki bezładu rodzinnego z postępującym zanikiem naczyniówki.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 24 kwietnia b. r. Hrom St.: Badania nad wpływem nerwu błędnego i współczulnego na serce. Walawski J.: Nowa metoda badania czynności serca (dielektrografja). Zawodziński T.: Badania sfigmobolometrem — Sahli — w przypadkach mięśniaków macicy.

24 marca b. r. założono w Paryżu w obecności przedstawicieli 32 państw Międzynarodową Ligę dla walki z rakiem. Prezesem wybrany został b. minister francuski Godart, wiceprezesem prof. Borst z Monachjum. Termin międzynarodowego zjazdu przeciwrakowego przewidywany jest na rok 1936 (w Rzymie).

Program obrad XIV Zjazdu Psychjatrów Polskich w Krakowie w dniach od 19—21 maja 1934 r. I. Dzień: Uroczyste otwarcie Zjazdu w sali wykładowej Kliniki Neurologiczno - psychjatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (ul. Kopernika 48) o godzinie 9-ej, poczem nastąpi odsłonięcie tablicy pamiątkowej ś. p. Profesora dra Jana Piltza. — Reaktywne zaburzenia psychiczne i nerwowe. (Klinika i etjologja). Referaty główne: 1) Doc. Dr. Zieliński (Kraków): Rola konstytucji w zaburzeniach psychicznych reaktywnych. 2) Doc. Dr. E. Artwiński (Kraków): Udział pierwiastka reaktywnego w nerwicach. 3) Doc. Dr. Łuniewski (Tworki) — Płk. Dr. Nelken (Warszawa): Udział pierwiastka reaktywnego w psychozach. 4) Prof. Dr. Borowiecki (Poznań): Klasyfikacja spraw reaktywnych w świetle dzisiejszego doświadczenia klinicznego. 5) Dr. Bornsztajn (Warszawa): Mechanizm powstawania zaburzeń reaktywnych. 6) Dr. W. Chlopicki (Kraków): Koreferat do ref. 5. Odczyty: 1) Dr. Drohocki (Kraków): Podstawy psychologiczne reakcyj psychotycznych. 2) Dr. Wize (Dziekanka): Etjologja zaburzeń reaktywnych na tle zjawisk symbiozy psycho-psychoidalnej. 3) Dr. Kirschner (Kraków): Omówienie badań konstytucyjnych w nerwicach. 4) Dr. Oberc (Kościan): O reakcjach psychotycznych spowodowanych szpitalną detencją. 5) Dr. Sikorska (Kraków): Z symptomatologji i leczenia nerwic. 6) Dr. Bornstein (Kraków): O patologicznych reakcjach wzruszeniowych. — II. Dzień: Zaburzenia psychiczne reaktywne u dzieci. Referaty główne: 1) Prof. Szuman (Kraków): Zaburzenia reaktywne u dzieci i młodzieży na tle nieprzystosowania do rzeczywistości. 2) Dr. Mikulski (Warszawa): Zaburzenia psychiczne reaktywne u dzieci. Odczyty: 1) Dr. Spektorowa (Łódź): Znaczenie pedagogiki leczniczej przy terapji zaburzeń reaktywnych u dzieci. 2) Dr. Wander (Kraków): Symulacja u dzieci. 3) Dyr. Dr. Biegeleisen (Kraków): Badania psychotechniczne nad uzdolnieniami zawodowemi dzieci niedorozwiniętych. 4) Dr. Jankowska (Wilno): Wzajemne ustosunkowanie się i wpływ dzieci, opiekunów i psychicznie chorych w opiece rodzinnej, nad psychicznie chorymi. Odczyty luźne: 1) Prof. Dr. Mazurkiewicz (Warszawa): Uwagi do kwestji neurodynamiki układów nerwowych. 2) Dr. Skrzypińska (Warszawa): O podwójnym cyklu życiowym chronaksji przedsionkowej. 3) Dr. Skrzypińska (Warszawa): O chronaksji przedsionkowej w schizofrenji. 4) Dr. Messing (Tworki): Anatomja patologiczna parkinsonizmu pośpiączkowego. 5) Dr. Messing (Tworki): Anatomja patologiczna wścieklizny człowieka. 6) Dr. Zaczyński (Kościan): Kilka uwag o zachowaniu się płynu mózgowo-rdzeniowego w psychozach funkcjonalnych. — III. Dzień: Zaburzenia reaktywne psychiczne i nerwowe w świetle orzecznictwa sądowo-lekarskiego i ubezpieczeń społecznych. Obrady w Państwowym Zakładzie dla umysłowo chorych w Kobierzynie. Początek obrad o godzinie 10-tej. Referaty główne: 1) Dr. Medyński (Kraków): Nerwica reaktywna, a zdolność do pracy. 2) Dr. Jankowski (Kraków): Orzecznictwo sądowo-lekarskie w sprawach urazowych. Odczyty: 1) Dr. Präger (Lwów): Reakcja uczuciowa powypadkowa i jej ocena w przewodzie odszkodowawczym. 2) Dr. Szpakowski (Grudziądz): Etjologja psychoz więziennych. 3) Dr. Korzeniowski (Grodzisk Mazowiecki): Symptomatologja psychoz więziennych. 4) Dyr. Dr. Stryjeński (Kobierzyn): Problemy psychjatryczne związane z nowym kodeksem karnym. 5) Dr. Berezowski (Kościan): Eteryzacja jako metoda pomocnicza przy ekspertyzach sądowo-psychjatrycznych. 6) Dr. Meissner (Kobierzyn): Zabójcy przebywający w zakładzie kobierzyńskim pod względem antropologicznym. Odczyty luźne: 1) Dyr. Dr. Łapiński (Warszawa): Opieka nad psychicznie chorymi dawniej i dzisiaj. 2) Dr. Terajewicz (Choroszcz): Opieka pozazakładowa w Białymstoku i Choroszczy. 3) Dr. Tomaszewski (Kościan): Uwagi na marginesie dziedziczenia chorób psychicznych. 4) Dr. Meissner (Kobierzyn): Zagadnienia związku typów rasowych z właściwościami psychicznemi, fizjologicznemi, oraz skłonnościami do pewnych chorób. 5) Dr. Kupczyk (Kraków): O leczeniu depresji dietą. — 6) Dr. Świerczek i Dr. Kaiser-Świerczkowa (Dziekanka): Odczyn opadania krwinek w porażeniu postępującem. 7) Dr. Rost (Kraków): O mechaniźmie psychologicznym afazji centralnej. 8) Dr. Meissner (Kobierzyn): Zagadnienie psychoz w wieku przedstarczym i starczym. 9) Dr. Meissner (Kobierzyn): Zagadnienie demencji. 10) Dr. Hrynkiewicz (Poznań): Dwa przypadki późnej padaczki. Za Komitet Organizacyjny: Sekretarz Generalny: *Doc. Dr. E. Artwiński*. Prezes: *Prof. Dr. St. Pieńkowski*.

Sprawy zawodowe.

Ubezpieczalnia Społeczna we Lwowie wypowiedziała dnia 28 marca b. r. 13-tu stomatologom umowę o pracę z dniem 30 czerwca 1934 r. Pozostałym trzem stomatologom przydzielono 9 godzin pracy dziennie, a mianowicie jednemu 4, drugiemu trzy, a trzeciemu 2 godziny dziennej pracy.

Medycyna społeczna.

Plenarne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia odbędzie się 30. IV. b. r. Na porządku dziennym projekt ustawy o opiece nad osobami psychicznie choremi oraz projekt ustawy o ziołach leczniczych.

Komunikaty.

Warszawskie Tow. pomocy lekarskiej i opieki nad psychicznie i nerwowo chorymi wzywa do zakładania Kół prowincjonalnych celem obrony chorych przed bezmyślnem krzywdzeniem i dostarczania najbiedniejszym środków do utrzymania. Informacyj udziela dyrekcja Szpitala Jana Bożego, Warszawa, Bonifraterska 12.

Polskie Lekarskie Towarzystwo Radjologiczne urządza w dn. 4 i 5 maja b. r. Kurs Rentgenoterapji w Poznaniu. Program Kursu: Piątek, 4 maja 1934. Otwarcie Kursu. „Zasady rentgenoterapji" Część I. Fizyka. Dr. T. Alkiewicz. Ćwiczenia praktyczne w dozymetrji. Dr. A. Schreiber; „Leczenie stanów zapalnych promieniami X w świetle najnowszych doświadczeń". Prof. Dr. K. Mayer; Ćwiczenia praktyczne w dozymetrji. Sobota, 5 maja 1934. „Zasady rentgenoterapji". Część II. Biologja. Dr. T. Alkiewicz; Ćwiczenia praktyczne w dozymetrji. Dr. A. Schreiber; „Stosowanie promieni X w dziedzinie ginekologji". Doc. Dr. J. Bajoński; „Rentgenoterapja chorób skórnych". Dr. T. Alkiewicz. Zapisy na Kurs przyjmuje i informacyi udziela Dr. Tadeusz Alkiewicz, Poznań, Ratajczaka 12. Lista zgłoszeń zostanie zamknięta 25 kwietnia b. r. Wobec obowiązującej od 1 stycznia 1934 taryfy kolejowej Min. Komunikacji nie udziela obecnie zniżek dla uczestników kursów.

Związek Lekarzy Spiskich urządza VI. Kurs dokształcający w uzdrowiskach Tatrzańskich od 19—24 maja b. r. Szczegóły w biurze kursu w Starym Smokowcu.

Dotychczasowa nazwa Zakładu dla alkoholików i narkomanów w Świacku „Państwowe Sanatorjum dla narkomanów w Świacku" została zmieniona na nową: „Państwowy Zakład Leczniczy dla nerwowo wyczerpanych Świack".

La Presse Médicale w Nr. 24 ogłasza szczegółowy program zorganizowania podróży dla uczestników Zjazdu lekarzy używających języka francuskiego w Ameryce i Europie w *Québec* (Kanada 27—31 sierpnia 1934). Zjazd łączy się z uroczystościami spowodu 400 rocznicy odkrycia Kanady.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul Rutowskiego 9.